

PLANO DE SAÚDE CLÁSSICO DA PT COMUNICAÇÕES, S.A.

1. OBJETIVO

O Plano de Saúde Clássico da PT Comunicações S.A. visa regular um sistema de saúde potencialmente aplicável a todos os trabalhadores da Empresa no ativo, em suspensão de contrato de trabalho, pré-reforma, e a reformados e aposentados, inscritos até 31/07/2003, bem como a parte significativa dos respetivos familiares inscritos, antes ou após aquela data, ou que se possam ainda vir a inscrever nos termos regulamentares, assegurando-lhes o acesso à promoção da saúde e proteção na doença, através do recurso à prestação de cuidados preventivos, curativos e de reabilitação, a efetuar, preferencialmente, por serviços privativos e convencionados.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1 No âmbito dos condicionalismos de inscrição mencionados no ponto 1. podem ser beneficiários titulares:

2.1.1 Os trabalhadores da Empresa no ativo;

2.1.2 Os trabalhadores da Empresa em suspensão de contrato de trabalho ou pré-reforma;

2.1.3 Os reformados e aposentados da Empresa.

2.2 No âmbito dos condicionalismos de inscrição mencionados no ponto 1., e por referência ao beneficiário titular, podem ser beneficiários familiares:

2.2.1 Os respetivos filhos nas seguintes condições:

2.2.1.1 Até ao dia anterior ao 26º aniversário, todos.

2.2.1.2 Entre os 26 anos e até ao dia anterior ao 30º aniversário, desde que, no dia anterior à data de entrada em vigor do presente Plano de Saúde já se encontrem inscritos no Plano de Saúde nesta qualidade e mantenham, cumulativamente, as seguintes condições de inscrição:

- Vivam com o beneficiário titular ou com o cônjuge deste;
- Sejam destes dependentes;
- Sejam solteiros;
- Não possuam quaisquer rendimentos próprios.

2.2.1.3 Sem limite de idade, desde que sejam deficientes reconhecidos pelo Estado, com direito a subsídio mensal vitalício, pensão social ou de invalidez e ainda, desde que expressamente autorizados pela Direção Clínica da entidade gestora do Plano de Saúde (Direção Clínica), os deficientes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%;

2.2.1.4 Caso estejam qualificados como Grande Doente nos termos do Anexo I ao presente Plano de Saúde.

2.2.1.5 O disposto nos pontos descritos em 2.2.1 aplica-se de igual forma a equiparados a filhos desde que vivam em comunhão de mesa e habitação com o beneficiário titular e respetivo cônjuge ou unido de facto.

2.2.2 Os respetivos cônjuges que já se encontrem inscritos no Plano de Saúde.

2.2.3 Os cônjuges e unidos de facto de beneficiários titulares no ativo, em suspensão de contrato de trabalho ou pré-reforma que se venham a inscrever ou reinscrever.

2.2.4 Outros familiares a cargo que confirmem ao beneficiário titular o direito ao abono de família para crianças e jovens.

2.2.5 Os ascendentes de 1º grau da linha reta do beneficiário titular já inscritos no dia anterior à data de entrada em vigor do presente Plano de Saúde e que mantenham, cumulativamente, as seguintes condições de inscrição:

- Provenham diretamente do beneficiário titular;
- Não tenham rendimento ou pensão mensal superior à Retribuição Mínima Mensal Garantida (RMMG) se forem ascendentes sobreviventes, ou ao dobro da RMMG se forem casados, caso em que serão, para o efeito, considerados os rendimentos globais do casal.

2.2.6 A inscrição de filhos ou equiparados ao abrigo do ponto 2.2.1.3 e 2.2.1.4 impõe que tenham estado inscritos ao abrigo da alínea 2.2.1.1 e que não se tenha verificado qualquer interrupção na sua condição de beneficiário.

2.2.7 Os familiares dos beneficiários titulares não perdem a qualidade de beneficiário pela morte do beneficiário titular, mantendo os respetivos direitos enquanto continuarem a reunir os demais requisitos indicados em 2.2 e, simultaneamente, tiverem o direito à pensão de sobrevivência.

2.2.7.1 Em caso de extinção ou alteração substancial do regime legal da pensão de sobrevivência, serão analisadas, no âmbito do Comité de Acompanhamento a criar, as condições de manutenção destes familiares no Plano de Saúde.

3. INSCRIÇÕES E REINSCRIÇÕES

3.1 O direito aos benefícios do Plano de Saúde só se adquire após a aceitação da inscrição, com apresentação dos documentos requeríveis para prova do direito.

3.2 O acesso aos benefícios do Plano de Saúde fica condicionado a um período de carência de 6 meses, durante o qual são devidas as quotas referidas em 4.

3.2.1 O período de carência não será aplicável desde que a inscrição no Plano de Saúde seja promovida no prazo de 30 dias após a ocorrência do evento que a possibilite.

3.2.2 O período de carência não será, igualmente, aplicável à inscrição de beneficiários até aos 18 anos.

3.3 Será emitido um cartão personalizado para cada beneficiário o qual tem que ser apresentado, conjuntamente com um documento de identificação, sempre que o beneficiário pretenda utilizar qualquer dos benefícios que lhe são conferidos pelo Plano de Saúde.

3.4 O cartão de beneficiário será fornecido gratuitamente, exceto na emissão de segunda via, a qual fica condicionada à apresentação de pedido, devidamente justificado, e ao pagamento de uma taxa especial correspondente a € 10,00.

3.5 A devolução dos cartões de beneficiário é obrigatória sempre que o beneficiário titular ou algum dos seus familiares deixem de estar abrangidos pelo Plano de Saúde.

3.6 O beneficiário titular é obrigado a comunicar, no prazo máximo de 30 dias, todas as alterações aos elementos do processo que conferiram direito à sua inscrição e dos respetivos familiares, bem como a mudança de residência e ainda, nos casos aplicáveis, do número internacional de conta bancária (IBAN).

3.7 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.

3.8 Os beneficiários que se encontrem desvinculados do Plano de Saúde, e que reúnam as condições de inscrição previstas em 2.2.1.1, 2.2.3 e 2.2.4, poderão solicitar a reinscrição no mesmo desde que paguem as quotas correspondentes ao período que mediou entre a desvinculação e a reinscrição, ficando ainda a mencionada reinscrição dependente de decisão da entidade gestora do Plano de Saúde.

3.8.1 A quota de referência a aplicar no cálculo do ponto anterior é, no mínimo, igual ao valor da quota do escalão II de rendimento e do escalão etário do beneficiário familiar da tabela de quotas definida em 4.2 por referência ao momento em que é feita a reinscrição.

3.8.2 O disposto em 3.8 não é aplicável aos beneficiários desvinculados do Plano de Saúde por violação do mesmo, nos termos do ponto 7.

3.9 Aos beneficiários titulares em situação de contrato de trabalho suspenso por requisição, exercício de funções públicas, licença sem vencimento, ou em outra situação, desde que autorizada pela Empresa, é permitido:

3.9.1 Suspenderem a inscrição, bem como a dos familiares, durante o período em que deixarem de exercer funções na Empresa, caso em que deixam de ser devidas as quotas mensais referidas em 4.;

3.9.2 Manterem a inscrição, bem como a dos familiares, caso em que a quota mensal do beneficiário titular se mantém inalterada e a dos beneficiários familiares segue as regras definidas no ponto 4.2.

4. COFINANCIAMENTO A CARGO DOS BENEFICIÁRIOS

4.1 Beneficiários titulares

4.1.1 Os beneficiários titulares no ativo contribuirão para o cofinanciamento do Plano de Saúde com uma quota mensal, liquidada 12 vezes por ano, correspondente à aplicação de 1,8% sobre o seu total pecuniário mensal, entendendo-se como tal o vencimento base, diuturnidades, isenção de horário de trabalho, complemento remuneratório, complemento de desempenho, remuneração adicional e adicional remuneratório.

4.1.2 Os beneficiários titulares em suspensão de contrato de trabalho, pré-reforma, reforma e aposentação contribuirão para o cofinanciamento do Plano de Saúde com uma quota mensal, liquidada 12 vezes por ano, correspondente à aplicação de 1,8% sobre a respetiva prestação de suspensão de contrato de trabalho, de pré-reforma, pensão de reforma ou pensão de aposentação e complementos de reforma.

4.1.3 As quantias auferidas a título de subsídio de Natal (13º mês) ou subsídio de férias (14º mês) não são consideradas para o apuramento de quota referido nos pontos anteriores.

4.2 Beneficiários familiares

4.2.1 Cada beneficiário familiar contribuirá para o Plano de Saúde com uma quota mensal, liquidada 12 vezes por ano, calculada em função da sua idade e do rendimento anual global ilíquido do agregado familiar, dividido por 14 meses.

4.2.1.1 Em alternativa, caso seja mais favorável, cada beneficiário familiar contribuirá para o Plano de Saúde com uma quota mensal, liquidada 12 vezes por ano, calculada em função da sua idade e do rendimento anual global ilíquido do agregado familiar, dividido por 14 meses e pelo número de membros do agregado familiar inscrito no Plano de Saúde.

4.2.1.2 Entende-se por rendimento anual global ilíquido do agregado familiar o constante da última nota de liquidação de IRS, deduzido do eventual subsídio de estudo atribuído pela Empresa, ao qual será, ainda, descontado 25%, no caso de o sujeito passivo de IRS ser único e ter filhos ou equiparados fiscalmente a cargo, ou em guarda conjunta fiscalmente declarada em IRS.

4.2.2 A Tabela de Quotas Mensais de beneficiários familiares (tabela de quotas) a aplicar é a seguinte:

TABELA DE QUOTAS MENSAIS DE BENEFICIÁRIOS FAMILIARES (euros)								
ESCALÕES		I	II	III	IV	V	VI	VII
RENDIMENTO DO AGREGADO		[0-635[	[635-1.016[	[1.016-1.524[	[1.524-2.032[	[2.032-2.540[	[2.540-3.048[	≥ 3.048
RENDIMENTO DO AGREGADO PER CAPITA		[0-211[	[211-338[	[338-508[	[508-677[	[677-846[	[846-1.016[	≥ 1.016
IDADE DO BENEFICIÁRIO FAMILIAR	<26 anos	0,00	9,20	12,30	19,60	26,70	32,80	44,30
	26-39	0,00	10,20	14,50	21,60	28,70	37,00	49,30
	40-55	0,00	21,60	29,70	41,10	52,30	64,80	89,40
	56-70	0,00	32,80	45,30	60,60	77,00	93,60	130,60
	>70	0,00	56,50	78,00	101,70	125,30	150,00	210,60

4.2.3 O primeiro escalão de rendimento do agregado familiar da tabela de quotas não poderá ser inferior, a cada momento, à remuneração base mínima da Empresa.

4.2.4 O valor máximo da quota mensal a suportar por cada beneficiário familiar não poderá ser superior a 5% do valor do rendimento global ilíquido do agregado familiar, apurado nos termos do ponto 4.2.1.

4.2.5 Deverá o beneficiário titular remeter à entidade gestora do Plano de Saúde autorização para que a quota mensal do familiar seja descontada no respetivo vencimento, prestação de suspensão de contrato de trabalho, pré-reforma ou pensão de reforma ou pensão de aposentação. Quando tal não seja aplicável, deverá enviar autorização de débito direto para o efeito.

Na ausência de entrega da documentação necessária ao processo de aferição das condições de inscrição para determinação do escalão de quotização dos beneficiários familiares, será aplicada a quota máxima do respetivo escalão etário do beneficiário familiar.

4.2.6 A pedido do beneficiário titular, a quota dos beneficiários familiares poderá ser revista, em qualquer momento, mediante apresentação de toda a documentação definida pela entidade gestora do Plano de Saúde, não havendo, porém, lugar a recálculo de quotas com efeitos retroativos.

4.2.7 Encontram-se isentos do pagamento de quota os seguintes beneficiários familiares:

4.2.7.1 Os filhos ou equiparados, até aos 23 anos inclusive.

4.2.7.2 Os filhos ou equiparados, entre os 24 anos e até ao dia anterior ao 26º aniversário, desde que tenham subsídio de estudo atribuído pela Empresa.

4.2.7.2.1 A pedido, para os filhos ou equiparados, entre os 24 anos e até ao dia anterior ao 26º aniversário, de beneficiários titulares em suspensão de contrato de trabalho, pré-reforma, reformados e aposentados da Empresa, desde que reúnam as condições elegíveis para atribuição de subsídio de estudo.

4.2.7.2.2 Caso cesse a atribuição de subsídio de estudo, serão analisadas, no âmbito do Comité de Acompanhamento a criar, as condições de isenção de quota destes familiares no Plano de Saúde.

4.2.7.3 Os filhos ou equiparados inscritos ao abrigo do ponto 2.2.1.3.

4.2.7.4 Os cônjuges, unidos de facto e filhos ou equiparados sobreviventes, no caso de falecimento de beneficiários titulares em acidente de trabalho ocorrido ao serviço da Empresa.

4.2.8 Os valores referidos na tabela de quotas serão atualizados anualmente, durante o 1º trimestre, de acordo com o índice de preços no consumidor (IPC) do setor da saúde verificado no ano civil imediatamente anterior, arredondado à dezena de cêntimo superior.

5. BENEFÍCIOS

5.1. Sem prejuízo da sua oportuna adequação à evolução da ciência médica convencional, o Plano de Saúde disponibilizará, atento o atual quadro de cuidados disponíveis, as seguintes coberturas e respetivo âmbito:

5.1.1 Cobertura Internamento

- Despesas hospitalares (inclui bloco operatório, sala de exames, diárias de internamento, alojamento em quarto particular se considerado clinicamente recomendável, berçário e diária do recém-nascido, medicamentos, consumíveis, tratamentos, próteses cirúrgicas e implantes);
- Honorários médico-cirúrgicos;
- Procedimentos invasivos realizados em meio hospitalar, mesmo que realizados em regime de ambulatório;
- MFR (medicina física e de reabilitação);
- Enfermagem;
- Outros MCDT (meios complementares de diagnóstico e terapêutica);
- Radioterapia e quimioterapia, mesmo que realizados em regime de ambulatório;

- Serviços de internamento em instituições que ofereçam cuidados de enfermagem ou de reabilitação, apenas como alternativa à hospitalização em casos de doença aguda, ficando limitados a um período de 30 dias por ano, salvo indicação médica e parecer favorável da Direção Clínica;
- Deslocações em transporte adequado e necessário, de acordo com o disposto em 6.5.2.5.

5.1.2 Cobertura Ambulatório

- Urgência;
- Consultas médicas de clínica geral ou de especialidade, realizadas por médicos inscritos na Ordem dos Médicos;
- Despesas hospitalares (inclui sala de pequena cirurgia, sala de exames, medicamentos, consumíveis e tratamentos);
- Honorários médico-cirúrgicos;
- Tratamentos de hemodiálise, desde que o SNS/SRS não assegure melhor cobertura;
- MFR;
- Enfermagem;
- Outros MCDT;
- Cuidados de saúde domiciliários - cuidados médicos e de enfermagem, terapia física e ocupacional e da fala, como alternativa ao internamento, para restaurar capacidades ou minimizar limitações às funções físicas ou cognitivas após uma doença, devendo o doente ser reavaliado a cada 30 dias;
- Fraldas e resguardos;
- Coletores;
- Deslocações em transporte adequado e necessário, de acordo com o disposto em 6.5.2.5.

5.1.3 Cobertura Estomatologia (inclui próteses e aparelhos de ortodontia)

- Pacotes de estomatologia;
- Dentisteria;
- Endodontia;
- Paradontologia;
- Pequena cirurgia oral;
- Exames complementares específicos;
- Oclusão;
- Ortodontia;
- Próteses fixas, próteses removíveis e implantes;
- Outros atos de estomatologia desde que não excluídos do Plano de Saúde.

5.1.4 Cobertura Próteses e ortóteses (exclui estomatologia)

- Aquisição de próteses e ortóteses que substituam e complementem órgãos internos e externos, bem como dispositivos de correção e de compensação, das seguintes naturezas:
 - Oftalmológicas (óculos e lentes de contacto);
 - Auditivas;
 - Outras, de acordo com tipificação constante da tabela de participações de próteses e ortóteses em vigor, a cada momento.

5.2 Custos excluídos do âmbito do Plano de Saúde

- Com atos não motivados por doença natural, nomeadamente, agressões, doenças profissionais, consumo de álcool (ex: tratamentos que resultem de intoxicações por via digestiva) e drogas, acidentes de trabalho, de viação ou outros acidentes;
- Com atos cujo objetivo não seja restabelecer a normal condição de saúde, nomeadamente, cirurgias estéticas, tratamentos e produtos estéticos, atestados médicos para a prática desportiva, cuidados continuados e paliativos;
- Com atos que não sejam absolutamente fundamentais à terapêutica ou funcionalidade física, orgânica, sensorial, motora ou mental, nomeadamente, produtos dietéticos, tratamentos em termas;
- Com atos que tenham alternativa terapêutica em Portugal e atos que sejam tratamentos experimentais que aguardem comprovação médica, nomeadamente, realizados no estrangeiro, salvo os prévios e expressamente autorizados pela Direção Clínica;
- Com atos que recorram à medicina não convencional, nomeadamente, acupuntura e quiropraxia;
- Com atos cuja origem seja o SNS/SRS, nomeadamente, atos prestados por instituições pertencentes, integradas ou contratualizadas pelo SNS e SRS, incluindo os valores cobrados a título de taxas moderadoras, atos com prescrição do SNS/SRS ou despesas não comparticipadas pelo SNS/SRS, nomeadamente leite para bebé, champôs;
- Com atos cuja origem resulte de epidemias declaradas ou factos de força maior, nomeadamente, catástrofes naturais, guerras, atentados e perturbações de ordem pública;
- Com atos que não se encontrem abrangidos pelas coberturas do Plano de Saúde e respetivas tabelas;
- Com atos que resultem da utilização indevida do Plano de Saúde e os que excedam os seus limites e condicionalismos.

6. COMPARTICIPAÇÕES

6.1 A comparticipação a ser prestada pelo Plano de Saúde será calculada tendo por limite as tabelas resultantes dos contratos e das convenções estabelecidos no âmbito dos Centros Clínicos da entidade gestora do Plano de Saúde (Centros Clínicos) e com prestadores convencionados.

6.2 Sempre que os beneficiários não recorram aos Centros Clínicos ou a prestadores convencionados, as despesas realizadas serão comparticipadas por um valor não superior ao encargo que resultaria para o Plano de Saúde da aplicação da tabela em vigor para aqueles, salvo autorização da Direção Clínica.

6.3 A entidade gestora do Plano de Saúde não suportará nem comparticipará quaisquer despesas resultantes de atos decorrentes da prestação de serviço por prestadores cujo contrato ou convenção hajam sido rescindidos pela entidade gestora do Plano de Saúde, salvo casos excecionais previamente autorizados.

6.3.1 As ERCT da PT Comunicações, S.A. serão informadas periodicamente das rescisões dos contratos ou convenções de prestadores da rede convencionada.

6.3.2 A entidade gestora do Plano de Saúde divulgará, regularmente, aos beneficiários a listagem dos prestadores com quem o contrato ou convenção haja sido rescindido e não sejam âmbito de comparticipação de acordo com o disposto em 6.2.

6.4 Franquias

6.4.1 Fica a cargo do beneficiário o pagamento de uma franquia no montante máximo anual de € 21,00 para atos realizados em Ambulatório, em prestadores convenccionados ou não convenccionados.

O valor dos atos realizados, constantes das tabelas mencionadas no ponto 6.1, será integralmente suportado pelo beneficiário até consumo total da franquia anual.

6.4.2 Encontram-se excluídos da aplicação de franquia:

- Os atos realizados pelos Centros Clínicos;
- Os atos praticados em contexto de Urgência;
- Os atos realizados por beneficiários qualificados como Grande Doente nos termos do Anexo I ao presente Plano de Saúde;
- Os atos realizados por beneficiários até aos 12 anos inclusive;
- Os atos realizados por beneficiários que no dia anterior à data de entrada em vigor do presente Plano de Saúde, tenham idade superior a 70 anos e que se encontrem num regime sem pagamento de quota.

6.5 Copagamentos mínimos a cargo do beneficiário e participações do Plano de Saúde

6.5.1 Copagamentos mínimos a cargo do beneficiário

6.5.1.1 O copagamento a cargo do beneficiário será, após consumo integral da franquia anual, no mínimo igual ao valor da taxa moderadora do SNS, e será atualizável em função das alterações ocorridas no SNS. O copagamento do episódio de Urgência terá por mínimo de referência o valor da urgência polivalente do SNS, o qual não inclui os MCDT.

6.5.1.2 Nos Centros Clínicos, o copagamento a cargo do beneficiário será, no mínimo, igual ao valor da taxa moderadora do SNS e será atualizável em função das alterações ocorridas no SNS. A entidade gestora do Plano de Saúde poderá determinar um copagamento de valor menor, sem prejuízo de o mesmo ser sempre, no mínimo, de € 5,15 por consulta, com exceção das consultas de Medicina Geral e Familiar que será € 4,00.

6.5.2 Participações do Plano de Saúde

6.5.2.1 Cobertura Internamento

6.5.2.1.1 Participação do Plano de Saúde em 80% das despesas elegíveis realizadas nos Centros Clínicos e prestadores convenccionados, de acordo com o disposto em 6.1.

6.5.2.1.2 Participação do Plano de Saúde em 70% das despesas elegíveis realizadas em prestadores não convenccionados, de acordo com o disposto em 6.2.

6.5.2.2 Cobertura Ambulatório

6.5.2.2.1 Participação do Plano de Saúde em 80% das despesas elegíveis realizadas nos Centros Clínicos e prestadores convenccionados, de acordo com o disposto em 6.1.

6.5.2.2.2 Participação do Plano de Saúde em 70% das despesas elegíveis realizadas em prestadores não convenccionados, de acordo com o disposto em 6.2.

6.5.2.3 Cobertura Estomatologia (inclui próteses e aparelhos de ortodontia)

6.5.2.3.1 Comparticipação do Plano de Saúde em 80% das despesas elegíveis, realizadas nos Centros Clínicos e prestadores convencionados, de acordo com o disposto em 6.1.

6.5.2.3.2 Comparticipação do Plano de Saúde em 70% das despesas elegíveis, realizadas em prestadores não convencionados, de acordo com o disposto em 6.2.

6.5.2.4 Cobertura Próteses e Ortóteses (exclui estomatologia)

Comparticipação do Plano de Saúde das despesas elegíveis, até ao máximo de 90% do valor das tabelas mencionadas em 6.1, e com a aplicação das respetivas regras.

6.5.2.5 Deslocações

Comparticipação em despesas suportadas pelos beneficiários que, por razões de saúde, tenham de deslocar-se, nos seguintes termos:

6.5.2.5.1 Deslocações em ambulância

Quando o beneficiário tenha que se deslocar em ambulância e essa necessidade seja considerada clinicamente recomendável, a comparticipação do Plano de Saúde será de 100%, de acordo com o disposto em 6.1 ou 6.2.

6.5.2.5.2 Deslocação das Regiões Autónomas ao Continente ou inter ilhas

Quando o beneficiário, por prescrição médica que mereça parecer favorável da Direção Clínica, tenha necessidade de se deslocar ao Continente ou inter ilhas, a comparticipação do Plano de Saúde será de 100% do custo da viagem, em classe turística.

Esta comparticipação é extensiva às despesas realizadas por um acompanhante quando se trate de beneficiário de idade inferior a 16 anos ou se torne necessária devido ao estado de saúde do beneficiário, devidamente comprovado pelos serviços médicos do Plano.

São, igualmente, comparticipadas, por valores iguais àqueles que estejam fixados regulamentarmente pelo SRS de origem, as despesas de alojamento e alimentação em que incorram os beneficiários deslocados para tratamento ou consulta no Continente ou inter ilhas, desde que mereça parecer favorável da Direção Clínica.

6.5.2.5.3 Deslocações ao Estrangeiro

Quando se reconheça a imprescindibilidade da deslocação do beneficiário ao estrangeiro e mediante parecer favorável da Direção Clínica, a comparticipação do Plano de Saúde será de 100% do custo da viagem, em classe turística.

Esta comparticipação é extensiva às despesas realizadas por um acompanhante quando se trate de beneficiário de idade inferior a 16 anos ou se torne necessária devido ao estado de saúde do beneficiário, devidamente comprovado pelos serviços médicos do Plano.

6.5.2.5.4 Deslocações para tratamento Ambulatório

Quando o beneficiário tenha que se deslocar para tratamentos, nomeadamente de quimioterapia, radioterapia, medicina física e reabilitação consequente de intervenção cirúrgica ou em casos especiais em que tal seja imprescindível para este tipo de atos, e mediante parecer favorável da Direção Clínica, a

comparticipação do Plano de Saúde será de 100% das despesas de transporte adequadas e necessárias.

6.5.2.5.5 Outras deslocações

Quando o beneficiário, por razões de saúde, tenha que se deslocar para além de 40 Km, contados a partir dos limites da localidade onde se situe o respetivo local de trabalho ou a sua residência, por nessa área não existir possibilidade de acesso aos requeridos cuidados de saúde especializados, devidamente comprovada pela entidade gestora do Plano de Saúde, a participação do Plano de Saúde será igual ao valor correspondente a 100% das despesas de transporte coletivo rodoviário ou ferroviário necessárias à deslocação à localidade que, dispondo dos cuidados de saúde requeridos, se situe a menor distância.

Esta participação é extensiva às despesas realizadas por um acompanhante quando se trate de beneficiário de idade inferior a 16 anos ou com sérias dificuldades de locomoção, devidamente atestadas.

6.6 Plafonds e isenções

6.6.1 Internamento

6.6.1.1 A cobertura Internamento tem como limite anual € 25.000,00 de encargo para o Plano de Saúde.

6.6.1.2 Sempre que o encargo do beneficiário ultrapasse € 2.500,00 por ano e caso o mesmo esteja qualificado como Grande Doente nos termos do Anexo I, a participação do Plano de Saúde nas despesas remanescentes será de 100%.

6.6.1.3 Caso o beneficiário esteja qualificado como Grande Doente nos termos do Anexo I e o rendimento do agregado familiar não ultrapasse o limite máximo do IV escalão de rendimento do agregado (hoje fixado em € 2.031,99), previsto na tabela de quotas do ponto 4.2.2, a participação do Plano de Saúde em atos de radioterapia e quimioterapia será de 100%. Para o efeito, ter-se-á em consideração a atualização da referida tabela, a cada momento.

6.6.2 Ambulatório

6.6.2.1 A cobertura Ambulatório tem como limite anual € 2.500,00 de encargo para o Plano de Saúde. O disposto no presente ponto não é aplicável a atos de MFR.

6.6.2.2 Sempre que o encargo do beneficiário ultrapasse € 250,00 por ano e caso o mesmo esteja qualificado como Grande Doente nos termos do Anexo I, a participação do Plano de Saúde nas despesas remanescentes será de 100%.

6.6.2.3 Caso o beneficiário esteja qualificado como Grande Doente nos termos do Anexo I e o rendimento do agregado familiar não ultrapasse o limite máximo do IV escalão de rendimento do agregado (hoje fixado em € 2.031,99), previsto na tabela de quotas do ponto 4.2.2, a participação do Plano de Saúde será de 100%. Para o efeito, ter-se-á em consideração a atualização da referida tabela, a cada momento.

6.7 Caso o beneficiário não compareça a consultas marcadas para os Centros Clínicos, sem prévia justificação, a qual deve ser efetuada, no mínimo, com 24 horas de antecedência, salvo casos de força maior devidamente justificados, suportará o valor de € 5,00 por cada ausência.

7.VIOLAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

7.1 Aos beneficiários que por atos ou omissões, a título de dolo ou de mera negligência, violarem os princípios ou disposições do Plano de Saúde, e sem prejuízo da obrigatoriedade de devolução das importâncias que tenham indevidamente recebido ou lhes tenham sido comparticipadas, poderão ser aplicadas penalidades.

7.2 Consideram-se, nomeadamente, violações do Plano de Saúde:

7.2.1 A não apresentação nos prazos estipulados, salvo por motivo devidamente justificado, dos elementos que sejam necessários para a aferição da correta utilização do Plano de Saúde pela entidade gestora pela sua gestão.

7.2.2 A falta de comparência dos beneficiários nos locais indicados, quando solicitada pela entidade gestora do Plano de Saúde, com vista ao apuramento da adequada aplicação do mesmo por parte do beneficiário, apuramento que, quando envolva questões de índole clínica, ficará obrigatoriamente a cargo da Direção Clínica ou de médico por esta indicado.

7.2.3 A apresentação de declarações, requerimentos, participações ou qualquer outra documentação que não correspondam a situações verídicas, assim como a viciação de documentos ou a omissão de quaisquer factos, com o fim de obter ou tentar justificar benefícios ou comparticipações que legitimamente não seriam devidos.

7.2.4 A utilização fraudulenta de benefícios, em proveito próprio ou de terceiros.

7.2.5 A falta de pagamento, na data indicada, de todas as quantias que sejam devidas no âmbito da utilização do Plano de Saúde.

7.3 Consideram-se passíveis de aplicação as seguintes penalidades:

7.3.1 Redução das comparticipações do Plano de Saúde em 50%, por período não superior a 12 meses.

7.3.2 Suspensão do direito à utilização do Plano de Saúde do beneficiário titular e do seu agregado familiar, por período não superior a 12 meses.

7.3.2.1 O incumprimento do ponto 7.2.5 por 3 meses consecutivos conduz à suspensão de direitos que só poderá ser levantada mediante pagamento integral dos mesmos (incluindo as quotas do período em suspensão de direitos).

7.3.3 Cancelamento da inscrição do beneficiário titular e do seu agregado familiar, quando a suspensão for superior a 12 meses.

7.3.4 Perda definitiva da qualidade de beneficiário, que só poderá ser aplicada após auscultação do Comité de Acompanhamento.

7.3.5 No caso de um beneficiário titular no ativo incorrer, comprovadamente, em alguma das violações previstas em 7.2.3 e 7.2.4, a entidade gestora do Plano de Saúde pode, em alternativa à aplicação de alguma das penalidades referidas nas alíneas anteriores ou, alternativa a título adicional, comunicar à Empresa a infração cometida pelo mesmo, para efeito do exercício do competente poder disciplinar.

7.4 A aplicação de penalidades no âmbito do Plano de Saúde será efetuada pela entidade gestora do Plano de Saúde após análise de todas as circunstâncias relevantes e a realização das necessárias diligências ao cabal esclarecimento da situação que esteve na sua origem, incluindo a audição do beneficiário.

7.5 Durante o período de redução ou de suspensão das comparticipações previsto em 7.3.1 e 7.3.2 mantém-se a obrigação de pagamento de quotas.

7.6 Qualquer penalidade aplicada ao beneficiário titular implica igual consequência para os demais membros do agregado familiar.

7.7 A entidade gestora do Plano de Saúde, face a comprovados indícios de envolvimento do beneficiário em irregularidades lesivas dos interesses do mesmo Plano, poderá proceder à suspensão preventiva, por período não superior a 6 meses, das comparticipações do Plano de Saúde relativamente a qualquer beneficiário que viole os princípios e disposições deste Plano de Saúde.

8. CASOS OMISSOS

A integração de eventuais lacunas do Plano de Saúde ou o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam resultar da interpretação das disposições do mesmo é da competência do Conselho de Administração da PT Comunicações, S.A., após audição das ERCT.

9. MEDIDAS TRANSITÓRIAS

9.1 Aos beneficiários familiares que, à data de entrada em vigor do presente Plano de Saúde, passam a contribuir para o seu cofinanciamento, será aplicado o seguinte faseamento:

9.1.1 Pagamento de 33% do valor da quota resultante da aplicação do regime de quotas previsto em 4.2, até 31 de março de 2015.

9.1.2 Pagamento de 67% do valor da quota resultante da aplicação do regime referido na alínea anterior, entre 01 de abril e 31 de dezembro de 2015.

9.2 Aos cônjuges sobreviventes que, à data de entrada em vigor do presente Plano de Saúde, tenham rendimento exclusivamente decorrente de pensão de sobrevivência, será aplicável o seguinte faseamento:

9.2.1 Pagamento do valor da quota existente à data de entrada em vigor do presente Plano de Saúde, até 31 de março de 2015.

9.2.2 Pagamento de quota, entre 01 de abril e 31 de dezembro de 2015, de valor igual ao do número anterior, atualizado de acordo com o IPC do setor da saúde verificado no ano civil anterior, arredondado à dezena de cêntimo superior.

9.3. Até 31 de dezembro de 2015, e sem prejuízo do disposto no ponto 6.5.1, o copagamento do episódio de Urgência, a cargo do beneficiário terá, por mínimo de referência, o valor da urgência básica do SNS, o qual não inclui os MCDT. Este valor será atualizável em função das alterações ocorridas no SNS.

9.4 As franquias previstas em 6.4 do Plano de Saúde não são aplicáveis em 2014.

9.5 A aplicação do copagamento mínimo em estomatologia, previsto no ponto 6.5.1, fica suspensa desde a data de entrada em vigor do presente Plano de Saúde até 31 de dezembro de 2015.

10. COMITÉ DE ACOMPANHAMENTO

Será constituído, até ao final de 2014, um Comité de Acompanhamento que substitua a atual Comissão de Acompanhamento do Plano de Saúde Clássico, em termos a protocolar.

11. ENTRADA EM VIGOR

O presente Plano de Saúde entra em vigor em 01 de janeiro de 2015.

ANEXO I Grande Doente

1. Considera-se Grande Doente o beneficiário que seja portador ativo de alguma das doenças constantes do presente anexo.
 - 1.1 A atribuição inicial do estatuto de Grande Doente tem que ser solicitada pelo beneficiário, mediante apresentação de justificação clínica, a qual será submetida a aprovação da Direção Clínica.
 - 1.2 A atribuição do estatuto de Grande Doente produz efeitos à data do respetivo pedido, salvo situações expressamente autorizadas pela Direção Clínica.
 - 1.3 A atribuição do estatuto de Grande Doente está apenas reservada a beneficiários que apresentem manifestações clínicas importantes das patologias abaixo assinaladas.
 - 1.4 A reavaliação da atribuição do estatuto de Grande Doente será da iniciativa da entidade gestora do Plano de Saúde.
 - 1.5 A Direção Clínica reserva-se o direito de não atribuir o estatuto de Grande Doente a beneficiários que não pretendam participar no “Programa + Saúde” ou outros programas que venham a ser disponibilizados.
2. Lista de grandes doenças:

Lista de grandes doenças	Período mínimo para reavaliação
Insuficiência renal crónica sob hemodiálise	5 anos
Diabetes insulino-dependente	5 anos
Tuberculose ativa	1 ano
SIDA	2 anos
Foro oncológico	5 anos
Paramiloidose	5 anos
Espondilite anquilosante	5 anos
Doença mental crónica	5 anos
Genética ou congénita com manifestações clínicas graves	5 anos
Insuficiência cardíaca congestiva	5 anos
Cardiomiopatia	5 anos
Doença pulmonar obstrutiva crónica	5 anos
Hepatite crónica ativa	2 anos
Artrite reumatóide	5 anos
Miastenia gravis	5 anos
Doenças neurológicas graves	5 anos
Outras doenças com manifestações clínicas graves e incapacitantes	2 anos

- 2.1 A lista de grandes doenças poderá ser revista, por iniciativa da entidade gestora do Plano de Saúde, sempre que se justifique clinicamente, após consulta do Comité de Acompanhamento.