



Plano de Saúde
Corporativo II
do Grupo Altice

Índice

1.	Princípios	4
2.	Beneficiários	4
3.	Inscrições e Reinscrições	5
4.	Cofinanciamento a Cargo dos Beneficiários	6
5.	Benefícios	7
6.	Comparticipações	11
7.	Débitos e Créditos	14
8.	Violação do Plano de Saúde	14
9.	Cessaçãõ da Qualidade de Beneficiário	16
10.	Casos Omissos	16
11.	Disposições Finais	16
	ANEXO I - Tabela Resumo de Coberturas e Copagamentos	18

Plano de Saúde Corporativo do Grupo Altice

Tipo II

1. Princípios

O Plano de Saúde Corporativo do Grupo Altice – Tipo II - não é cumulativo com qualquer outro aplicável nas empresas do Grupo Altice e baseia-se nos seguintes princípios:

- coresponsabilização da entidade empregadora e dos trabalhadores no respetivo financiamento;
- garantia de acesso dos beneficiários a uma rede de prestadores de cuidados de saúde privados, promovendo cuidados integrados, contínuos, efetivos e eficientes, visando a promoção da saúde, a prevenção e a proteção na doença;
- aumento da funcionalidade física do indivíduo, através do recurso à utilização de cuidados curativos e de reabilitação.

2. Beneficiários

2.1 Podem ser beneficiários titulares do Regime Geral deste Plano os trabalhadores do Grupo Altice, desde que se verifique, cumulativamente, o preenchimento das seguintes condições:

- a) os trabalhadores estejam vinculados por contrato de trabalho por tempo indeterminado a qualquer entidade empregadora de natureza empresarial ou associativa que tenha participação de qualquer entidade do Grupo Altice;
- b) que essa entidade empregadora faculte aos seus trabalhadores a adesão ao Plano de Saúde;
- c) que esses trabalhadores não se encontrem simultaneamente inscritos noutra Plano de Saúde no âmbito do Grupo Altice.

2.1.1 Podem, ainda, ser beneficiários-titulares do Regime Geral deste Plano os colaboradores do Grupo Altice cuja inscrição seja expressamente autorizada pelo órgão de gestão de empresa ou entidade do Grupo Altice a que prestem a respetiva colaboração profissional, desde que se encontrem preenchidas as condições especificadas na alínea c) do número anterior.

2.2 Podem ser beneficiários do Regime Especial deste Plano, por solicitação expressa de cada beneficiário-titular inscrito no Regime Geral, nos termos do disposto em 2.1 ou 2.1.1, os seguintes familiares:

- a) os filhos dos beneficiários-titulares, até aos 25 anos (inclusive), e os equiparados a filhos, da mesma idade, desde que estes vivam em comunhão de mesa e habitação com o beneficiário titular e respetivo cônjuge ou unido de facto;
- b) os cônjuges e unidos de facto dos beneficiários-titulares.

2.3 Os familiares dos beneficiários-titulares só podem ser beneficiários do Plano

de Saúde enquanto mantiverem as condições de inscrição estabelecidas em 2.2 e concomitantemente o beneficiário-titular se encontrar inscrito no Regime Geral, nos termos do disposto em 2.1 ou 2.1.1, no pleno gozo dos benefícios previstos neste Plano.

3. Inscrições e Reinscrições

3.1 O direito aos benefícios do presente Plano de Saúde só se adquire após a aceitação da respetiva inscrição, com apresentação de todos os documentos exigidos para prova do direito.

3.2 O acesso aos benefícios do Plano fica sujeito a um período de carência de 90 dias para a generalidade dos benefícios e de 300 dias para as situações de partos ou cesarianas, durante o qual são devidas as contribuições ou quotas referidas em 4.1 e 4.2.

3.3 Ficam dispensados do período de carência:

- a) os beneficiários-titulares que adiram ao presente Plano de Saúde até ao trigésimo dia posterior à data de início da produção de efeitos deste Plano, o mesmo acontecendo aos familiares que simultaneamente forem inscritos;
- b) os beneficiários-titulares que adiram a este Plano de Saúde até ao trigésimo dia posterior à sua admissão na Empresa, o mesmo acontecendo aos familiares que, simultaneamente, se inscrevam, com exceção para as situações de partos e de cesarianas em que o respetivo período de carência é de aplicação obrigatória;
- c) os familiares dos beneficiários-titulares que só venham a ser abrangidos pela previsão normativa constante dos pontos 2.2 após o prazo limite estipulado para a inscrição do beneficiário-titular e desde que a respetiva inscrição seja promovida no prazo de 30 dias após a ocorrência do evento que possibilita a sua inscrição como beneficiário do Plano de Saúde, com exceção das situações de partos e de cesarianas em que o respetivo período de carência é de aplicação obrigatória.

3.4 Será emitido cartão personalizado para cada beneficiário, com data de validade variável consoante a situação, o qual tem que ser apresentado sempre que o beneficiário pretenda utilizar qualquer dos benefícios que lhe são conferidos pelo Plano de Saúde, conjuntamente com a apresentação de um cartão de identificação com fotografia (salvo para menores de 12 anos).

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

3.6 A devolução dos cartões de beneficiário é obrigatória sempre que o beneficiário-titular ou alguns dos seus familiares deixem de estar abrangidos pelo Plano de Saúde ou não se encontrem no pleno gozo dos benefícios previstos no Plano.

3.7 É obrigatória a comunicação à ACS, no prazo máximo de 30 dias, de todas as alterações aos elementos do processo que conferiram direito à inscrição do beneficiário-titular e respetivos familiares, bem como de mudança de residência ou de IBAN do beneficiário-titular.

3.8 Não é permitida a reinscrição de beneficiários.

3.9 Aos beneficiários-titulares que se encontrem em situação de requisição ou de impedimento prolongado é permitido solicitarem a suspensão da inscrição no Plano e reativarem essa inscrição, bem como a dos seus familiares, logo que voltem a exercer funções na empresa.

4. Cofinanciamento a Cargo dos Beneficiários

4.1 Beneficiários do Regime Geral

4.1.1 Os beneficiários-titulares contribuirão para o financiamento do Plano de Saúde, com o seguinte valor mensal, variável em função da idade:

Escalão etário do titular	Valor mensal
18-39	20,50 €
40-55	24,40 €
>55	37,20 €

4.1.2 À contribuição mensal será acrescida a importância mensal de €2,00 caso na área de residência do beneficiário a entidade gestora do Plano de Saúde disponibilize, para situações de urgência, um serviço especial de consultas domiciliárias pelo menos das 19h00 às 07h00 nos dias úteis e durante as 24 horas nos feriados, sábados e domingos.

4.2 Beneficiários do Regime Especial

4.2.1 A contribuição mensal do beneficiário-titular será acrescida, por cada familiar que inscreva no Regime Especial, das seguintes importâncias:

Escalão etário do familiar	Valor mensal
0-25	28,20 €
26-39	41,00 €
40-55	48,70 €
>55	74,30 €

4.2.2 Os valores referidos em 4.1.1 e 4.2.1 serão atualizados anualmente, com efeitos a 1 de janeiro, em função da variação anual do Índice de Preços no Consumidor (IPC) do sector da saúde verificado do ano civil anterior, arredondado à dezena de cêntimo superior, sem prejuízo do disposto em 11.2. Caso o IPC da saúde seja negativo não existirá lugar a atualização.

5. Benefícios

5.1 Âmbito e Condicionamentos

O Plano de Saúde, sem prejuízo do referido em 5.2 e da sua oportuna adequação à evolução da ciência médica, proporcionará, no âmbito da medicina convencional e atento o atual quadro de cuidados disponíveis, os apoios especificados nos pontos 5.3 e seguintes, os quais poderão ser sujeitos pela ACS a requisitos de autorização prévia e/ou a limites de periodicidade ou de frequência nos termos que vierem a ser definidos pela mesma.

5.2 Atos excluídos do âmbito deste Plano

Não são abrangidos pelo presente Plano de Saúde:

5.2.1 Os atos enquadrados no âmbito da Medicina do Trabalho/Saúde no Trabalho, quer os realizados no âmbito da entidade empregadora, quer no âmbito de outras potenciais entidades empregadoras;

5.2.2 Os atos cuja realização se torne obrigatória por razões de natureza médico-legal ou solicitados por entidades seguradoras (ex.: emissão de atestados de robustez ou de aptidão física);

5.2.3 Os atos relativos ao tratamento de lesões decorrentes de quaisquer acidentes ou ocorrência de factos de força maior, incluindo os seguintes:

- a) acidentes de trabalho;
- b) acidentes de viação, incluindo os cobertos por apólices de seguro obrigatório do ramo automóvel e/ou fundo de garantia automóvel, bem como os resultantes da condução de veículos motorizados de duas rodas;
- c) participações em competições desportivas e treinos, a título profissional ou amador, e prática de desportos de inverno, náuticos, artes marciais e desportos radicais, caso o SNS não fosse responsável pelos respetivos encargos;
- d) epidemias declaradas ou factos de força maior, da natureza ou provocados pelo homem, como catástrofes naturais, guerras, atentados e perturbações da ordem pública;

5.2.4 Os atos voluntários dos beneficiários que originem despesas de saúde, ou atos originados por terceiros nomeadamente agressão, ou atos que não sejam fundados em razões de ordem médica, ou atos que não resultem de prescrição de médicos ou de outros técnicos, nos termos indicados no presente Plano de Saúde, incluindo os seguintes:

- a) acidentes ou doenças causados por tentativa de suicídio;
- b) agressões e participação em apostas, duelos ou rixas;
- c) quaisquer atos dolosos, ilícitos ou de negligência grosseira por parte do beneficiário;

5.2.5 Os serviços prestados, aquisição de produtos ou atos realizados, no estrangeiro,

salvo os prévios e expressamente autorizados pela ACS;

5.2.6 Os atos decorrentes de doença profissional;

5.2.7 Os tratamentos ou cirurgias do foro estético ou plástico, incluindo tratamentos ou cirurgias de rejuvenescimento ou de regularização do peso;

5.2.8 As consultas e tratamentos no âmbito das designadas medicinas alternativas ou naturais, nomeadamente homeopatia, acupunctura, osteopatia, hidroterapia e quiropraxia;

5.2.9 Os tratamentos e estadas em termas, sanatórios, lares, casas de repouso e outros estabelecimentos não classificados como Unidades Hospitalares;

5.2.10 Os tratamentos experimentais ou que aguardem comprovação médica;

5.2.11 Os exames gerais de saúde e check-up;

5.2.12 A enfermagem privativa;

5.2.13 O alcoolismo e doenças consequentes do consumo de bebidas alcoólicas (ex: tratamentos que resultem de intoxicações por via digestiva);

5.2.14 Os tratamentos e doenças consequentes do consumo de drogas;

5.2.15 Os tratamentos e cirurgia para mudança de sexo e respetivas consequências;

5.2.16 Oxigenoterapia e ventiloterapia (a partir de 1 de julho de 2023);

5.2.17 Fraldas e resguardos;

5.2.18 Coletores, tais como sacos, algalias, apósitos, e restantes consumíveis associados, nomeadamente pensos ou sondas;

5.2.19 Atos que não se encontrem abrangidos pelas coberturas do Plano de Saúde e respetivas tabelas;

5.2.20 Atos que resultem da utilização indevida do Plano de Saúde e os que excedam os seus limites e condicionalismos;

5.2.21 Atos que não sejam clinicamente necessários, face ao quadro clínico do beneficiário e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica;

5.2.22 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, ou atos com prescrição do SNS/SRS;

5.2.23 O pagamento ou reembolso de participações, relativamente a:

- a) champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares,
- b) produtos de estética, cosmética e higiene,
- c) leite e papas para bebés,
- d) produtos dietéticos, homeopatas ou manuseados,
- e) anticoncecionais e dispositivos intrauterinos,
- f) medicamentos e vacinas,
- g) testes optométricos,
- h) cintas medicinais, meias elásticas e colchões ortopédicos,
- i) calçado ortopédico e respetivos artigos de correção,
- j) aparelhos e tiras de teste de glicose.

5.3 Cobertura Internamento

Salvo o disposto em 5.2, os serviços abrangidos pela assistência no internamento hospitalar são os seguintes:

- a) Intervenções cirúrgicas, serviços com internamento e serviços de urgência hospitalar:
 - Inclui diária hospitalar, alojamento (o alojamento em quarto particular será autorizado em casos excecionais, estando dependente de autorização da Direção Clínica da ACS) e alimentação.
 - Inclui berçário e diária do recém-nascido se, nos termos do presente Plano de Saúde, for a respetiva inscrição formalizada até trinta dias após a data do nascimento.
- b) Honorários médicos de cirurgia.
- c) Serviços de diagnóstico laboratorial e radiológico.
- d) Medicamentos ministrados durante o internamento.
- e) Tratamentos:
 - Cuidados médicos, técnicos e de enfermagem (não privativa).
 - Infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma.
 - Aplicação de oxigénio, incluindo o valor do oxigénio.
 - Pensos cirúrgicos.
 - Aplicação de aparelhos de gesso e talas.
 - Radioterapia e quimioterapia.
 - Terapia física, ocupacional e da fala.
 - Material de osteossíntese e prótese intra-cirúrgicas.
- f) Serviços de ambulância:

Só cobre transporte em ambulância se o mesmo for considerado clinicamente recomendável e previamente autorizado pela Direção Clínica ou ratificado pela mesma, em caso de situações de urgência.

- g)** Serviços de internamento em instituição que ofereça cuidados de enfermagem ou de reabilitação:

Contempla apenas a alternativa à hospitalização em casos de doença aguda ou acidente, ficando limitada a um período de 15 dias por ano, salvo indicação médica e acordo do Diretor Clínico.

5.4 Cobertura Ambulatório

Salvo o disposto em 5.2, os serviços abrangidos pela assistência ambulatória são os seguintes:

- a)** Consultas médicas de clínica geral ou de especialidade, realizadas por prestadores inscritos na Ordem dos Médicos.
- b)** Elementos auxiliares de diagnóstico considerados clinicamente necessários, desde que prescritos por médico devidamente identificado:
- Inclui a requisição de análises laboratoriais, exames de radiologia, testes alergológicos e outros meios de diagnóstico.
- c)** Tratamentos em regime ambulatório:
- Cuidados médicos, técnicos e de enfermagem.
 - Infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma.
 - Pensos cirúrgicos.
 - Aplicação de aparelhos de gesso e talas.
 - Radioterapia e quimioterapia.
 - Terapia física, ocupacional e da fala.
- d)** Assistência hospitalar em regime ambulatório:
(externo – estadia de duração inferior a 24 horas):
- Cuidados médicos.
 - Tratamentos.
 - Piso de sala de operações e reanimação.
 - Enfermagem geral (não privativa).
 - Aplicação de anestesia, incluindo o anestésico.
 - Litotricia extracorporal.
- e)** Serviços de ambulância:
- Transporte em ambulância se o mesmo for considerado clinicamente recomendável e for autorizado ou ratificado pela Direção Clínica.
- f)** Cuidados de saúde domiciliários:
- Cuidados médicos e de enfermagem, não continuados, incluindo utilização de equipamento médico, terapia física e ocupacional e da fala, usados para restaurar capacidades ou minimizar limitações às funções físicas ou cognitivas, (estes serviços deverão ser encarados como alternativa à hospitalização, devendo o doente ser reavaliado cada 90 dias).

5.5 Cobertura Estomatologia (inclui próteses e aparelhos de ortodontia)

Salvo o disposto em 5.2, os serviços abrangidos por esta cobertura são os seguintes:

- 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.

5.6 Cobertura Próteses e ortóteses (exclui estomatologia)

Salvo o disposto em 5.2, os serviços abrangidos por esta cobertura são os seguintes:

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.

6. Participações

6.1 A participação a ser prestada pelo Plano de Saúde depende da observância pelos beneficiários das regras e condicionalismos de acesso aos serviços definidos pela ACS.

6.2 A participação a ser prestada pelo Plano de Saúde, no caso de os beneficiários recorrerem aos Centros Clínicos e Núcleos da ACS ou à restante rede Convencionada, ou seja à Rede da ACS, será sempre calculada tendo por limite as tabelas resultantes dos contratos e das convenções estabelecidos com os serviços e profissionais afetos ao Plano, bem como das tabelas estabelecidas para a utilização de determinados bens ou serviços não disponibilizados pela rede de prestação.

6.3 Sempre que os beneficiários não recorram à Rede da ACS, as despesas realizadas serão comparticipadas em percentagens idênticas às referidas em 6.5, não podendo o referido valor ser superior ao encargo que resultaria para o Plano de Saúde da aplicação da tabela em vigor, devendo, salvo nos casos devidamente justificados, os atos clínicos realizados merecer sempre o sancionamento da ACS.

Para o efeito, o beneficiário deverá apresentar à ACS o original do documento

comprovativo das despesas efetuadas, acompanhado, sendo caso disso, da respetiva prescrição, nos 30 dias seguintes à data aposta no documento de despesa.

6.4 A ACS não suportará nem compartilhará, salvo autorização excecional e prévia, em quaisquer despesas resultantes de atos decorrentes da prestação de serviço por prestadores cujo contrato de convenção haja sido rescindido pela ACS, nomeadamente, por motivos clínicos, incumprimento das obrigações decorrentes do contrato/convenção, faturação incorreta ou carência de condições para o exercício da atividade segundo os padrões de qualidade exigidos pela ACS.

6.5 Comparticipações do Plano de Saúde

Sem prejuízo do referido anteriormente e da aplicação do disposto nos pontos 6.6 e 6.7, a comparticipação do Plano de Saúde nos atos realizados em serviços privativos e convencionados ou na aquisição dos bens ou serviços não disponíveis na rede de prestação previstos em tabela específica será a que se indica:

6.5.1 Cobertura Internamento

Comparticipação do Plano de Saúde nas despesas por atos considerados clinicamente necessários, incluindo os referentes a situações de maternidade, bem como, se consideradas imprescindíveis pela Direção Clínica, as despesas suportadas pelo internamento em unidades hospitalares localizadas no estrangeiro, sendo tal comparticipação de **85%** nas despesas realizadas em hospitais ou clínicas convencionados, incluindo honorários, sem prejuízo da aplicação do disposto em 6.1 e em 6.2

6.5.2 Cobertura Ambulatório

6.5.2.1 Comparticipação do Plano de Saúde em **85%** das despesas elegíveis realizadas, constantes das tabelas mencionadas em 6.1 e em 6.2, sem prejuízo do disposto relativamente à cobertura das despesas de transporte.

6.5.2.2 Comparticipação do Plano de Saúde em **85%** das despesas realizadas com medicina física e/ou reabilitação, designadamente dos tratamentos de fisioterapia, de terapia física, ocupacional e da fala pós-cirúrgicos imediatos, dos que se mostrarem necessários em consequência de Acidente Vascular Cerebral verificado nos 180 dias anteriores e em situações de internamento que o justifiquem, sendo a comparticipação reduzida para metade (**42,5%**) quando os referidos tratamentos sejam aplicados noutras situações.

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

- a) Deslocação em ambulância:
sempre que o beneficiário tenha que se deslocar em ambulância e a necessidade de tal recurso seja considerada clinicamente recomendável, a comparticipação do Plano de Saúde será de **100%** da despesa, tendo como limite o valor das tabelas referidas em 6.1;

- b)** Deslocação das Regiões Autónomas ao Continente ou Inter-Ilhas: sempre que o beneficiário, por prescrição médica devidamente corroborada pelo Diretor Clínico, tenha necessidade de se deslocar ao Continente ou Inter-Ilhas, a comparticipação do Plano de Saúde será de **80%** do custo de viagem, em classe turística, sendo extensiva às despesas realizadas por um acompanhante, quando se trate de beneficiário de idade inferior a 16 anos ou a mesma se torne necessária devido ao estado de saúde do beneficiário, devidamente comprovado pelos serviços médicos do Plano;
- c)** Deslocações ao Estrangeiro: sempre que se reconheça, por prescrição médica devidamente corroborada pelo Diretor Clínico, a imprescindibilidade da deslocação do beneficiário ao estrangeiro, a comparticipação do Plano de Saúde será de **90%** do custo de viagem, em classe turística, sendo extensiva às despesas realizadas por um acompanhante, quando se trate de beneficiário de idade inferior a 16 anos ou a mesma se torne necessária devido ao estado de saúde do beneficiário, devidamente comprovado pelos serviços médicos do Plano.

6.5.3 Cobertura Estomatologia (inclui próteses e aparelhos de ortodontia)

Comparticipação do Plano de Saúde em **85%** das despesas elegíveis realizadas, sem prejuízo da aplicação das tabelas mencionadas em 6.1 e em 6.2;

6.5.4 Cobertura Próteses e ortóteses (exclui estomatologia)

Próteses e ortóteses que substituam ou complementem órgãos internos ou externos, bem como dispositivos de correção ou compensação, serão comparticipadas em **90%** das tabelas mencionadas em 6.1 e em 6.2.

6.6 Plafonds

6.6.1 Cobertura Internamento

A cobertura Internamento tem como limite anual € 100.000,00 de encargo para o Plano de Saúde.

6.6.2 Cobertura Ambulatório

A cobertura Ambulatório tem como limite anual € 5.000,00 de encargo para o Plano de Saúde.

6.6.3 Cobertura Estomatologia (inclui próteses e aparelhos de ortodontia)

A cobertura Estomatologia tem como limite anual € 1.000,00 de encargo para o Plano de Saúde.

6.6.4 Cobertura Próteses e Ortóteses (exclui estomatologia)

A cobertura Próteses e Ortóteses tem como limite anual € 750,00 de encargo para o Plano de Saúde.

6.7 Franquias

6.7.1 Fica a cargo do beneficiário o pagamento de uma franquia no montante máximo anual de € 25,00 para atos realizados em Ambulatório, em prestadores convencionados ou não convencionados.

O valor dos atos realizados, constantes das tabelas mencionadas no ponto 6.2, será integralmente suportado pelo beneficiário até consumo total da franquia anual.

6.7.2 Encontram-se excluídos da aplicação de franquia:

- Os atos realizados pelos Centros Clínicos e Núcleos da ACS;
- Os atos praticados em contexto de Urgência;
- Os atos realizados por beneficiários até aos 12 anos inclusive.

6.8 Encargos dos beneficiários

Cabe aos beneficiários suportar como encargos próprios, e após consumo integral da franquia anual, a diferença entre a comparticipação do Plano de Saúde e os valores estabelecidos nas tabelas referenciadas no ponto 6.1 e 6.2, sem prejuízo da aplicação dos encargos específicos referidos na tabela do Anexo I.

6.9 Faltas a Consultas

Caso o beneficiário não compareça a consultas marcadas para os Centros Clínicos e Núcleos da ACS, 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. Débitos e Créditos

7.1 As contribuições referenciadas no número 4, bem como as comparticipações e encargos indicados no ponto 6, e, ainda, os valores correspondentes ao pagamento integral dos atos excluídos do âmbito do Plano, respeitantes tanto ao beneficiário-titular como aos membros do respetivo agregado familiar inscritos no Plano, são debitados e ou creditados em conta bancária indicada pelo beneficiário-titular, diretamente pela ACS, de acordo com autorização expressa obrigatoriamente subscrita pelo beneficiário-titular no ato de inscrição do próprio ou de qualquer dos seus familiares.

7.2 Os valores em dívida por parte dos beneficiários poderão ainda ser cobrados, por iniciativa da ACS, mediante emissão de fatura ou através de desconto na remuneração processada pela entidade empregadora do beneficiário-titular.

8. Violação do Plano de Saúde

8.1 Aos beneficiários que, por atos ou omissões, a título de dolo ou mera negligência, violarem os princípios ou disposições deste Plano de Saúde e sem prejuízo da obrigatoriedade da devolução das importâncias que tenham indevidamente

recebido ou lhes tenham sido comparticipadas, poderão ser aplicadas as seguintes penalidades:

- a) suspensão das comparticipações do Plano, quer as respeitantes ao beneficiário quer aos familiares, por período não superior a doze meses;
- b) o incumprimento do ponto 8.2.f) por 3 meses consecutivos conduz à suspensão de direitos que só poderá ser levantada mediante pagamento integral da dívida (incluindo as quotas do período em suspensão de direitos);
- c) cancelamento da inscrição do beneficiário titular e do seu agregado familiar, quando a suspensão for superior a 12 meses;
- d) perda definitiva da qualidade de beneficiário.

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

- a) a não apresentação, salvo motivo devidamente justificado, por parte dos beneficiários, da documentação que lhes for solicitada pela ACS e que seja necessária para a aferição da correta utilização dos beneficiários do Plano, aferição que, caso se trate de aspetos de índole médica e o beneficiário solicite, apenas poderá ser feita pela Direção Clínica;
- b) a falta de comparência nos locais indicados, quando solicitada pela ACS com vista ao apuramento da adequada aplicação do Plano de Saúde por parte do beneficiário, apuramento que, quando envolva questões de índole clínica, ficará obrigatoriamente a cargo da Direção Clínica;
- c) a apresentação de declarações, requerimentos ou participações, que não correspondam a situações verídicas, com o fim de obter ou tentar justificar benefícios ou comparticipações indevidos;
- d) viciação de documentos ou omissão de quaisquer factos, com o fim de obter benefícios, descontos ou comparticipações que legitimamente não seriam devidos;
- e) utilização fraudulenta de benefícios, em proveito próprio ou de terceiros;
- f) A falta de pagamento, na data indicada, de todas as quantias que sejam devidas no âmbito da utilização do Plano de Saúde.

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

8.4 Qualquer penalidade aplicada ao beneficiário-titular ou a qualquer membro do agregado familiar acarreta idênticas consequências para os restantes beneficiários do respetivo agregado.

8.5 A ACS, face a comprovados indícios de envolvimento do beneficiário em irregularidades lesivas dos interesses do Plano, poderá proceder à suspensão preventiva, por período não superior a seis meses, das participações do Plano, relativamente a qualquer beneficiário que viole os princípios e disposições deste Plano.

8.6 Durante o período de suspensão das participações previsto em 8.1 e em 8.5 mantém-se a obrigação de pagamento das respetivas contribuições.

8.7 No caso de um beneficiário-titular incorrer comprovadamente em alguma das infrações previstas em 8.2, alíneas c), d) e e), a ACS, em alternativa à aplicação de alguma das penalidades referidas em 8.1, poderá comunicar à entidade empregadora a infração cometida pelo mesmo, para efeito do exercício do competente poder disciplinar.

9. Cessação da qualidade de beneficiário

9.1 Determinam a perda da qualidade de beneficiário, para efeitos do presente Plano, as seguintes situações:

- a)** A cessação, por qualquer forma, do contrato de trabalho do beneficiário-titular, ou qualquer evento que determine, com carácter permanente, a respetiva desobrigação de prestação de trabalho a entidade do Grupo Altice;
- b)** A cessação, por qualquer razão, das situações que originaram o direito à inscrição dos familiares do beneficiário-titular, conforme disposto em 2.2 e 2.3;
- c)** A desistência do regime previsto no presente Plano de Saúde;
- d)** A aplicação da penalidade prevista em 8.1, alínea c) e d);

9.2 Nos casos previstas na alínea c) do número anterior, o beneficiário-titular deverá comunicar a sua intenção à ACS, por carta registada com aviso de receção, produzindo os respetivos efeitos no final do mês seguinte àquela comunicação.

9.3 No caso de cessação da qualidade de beneficiário, independentemente dos motivos, o beneficiário-titular ou, solidariamente, qualquer dos seus familiares ou herdeiros, são responsáveis pelo pagamento de quaisquer valores devidos no âmbito do presente Plano de Saúde.

10. Casos Omissos

É competência exclusiva do Conselho de Administração da ACS a integração de eventuais lacunas deste Plano ou o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam resultar da interpretação das disposições do mesmo.

11. Disposições Finais

11.1 O presente Plano de Saúde entra em vigor em 1 de janeiro de 2023 e durará até

31 de Dezembro de 2023, sendo sucessivamente renovável por períodos anuais.

11.2 A ACS, mediante pré-aviso de 30 dias, poderá alterar as condições de inscrição no Plano e os regimes de cofinanciamento e de participação, em função dos resultados apurados na respetiva exploração financeira, por forma a garantir-se, sistematicamente, o adequado equilíbrio entre as receitas e os custos resultantes da aplicação do presente Plano.

Anexo I

Tabela Resumo de Coberturas e Copagamentos

A tabela seguinte reflete, num formato global, as coberturas e encargos previstos no texto do presente plano de saúde, sempre por articulação com o disposto nas cláusulas descritas nos respetivos capítulos, e dos quais não podem ser dissociados.

COBERTURAS	PLAFOND ANUAL	FRANQUIA (1)	REDE		FORA DA REDE (por reembolso)		PERÍODO DE CARÊNCIA (dias)
			Encargo Plano	Encargo Benef.	Encargo Plano (3)	Encargo Benef. (4)	
1. INTERNAMENTO Assistência Hospitalar e honorários medico-cirurgicos com e sem internamento; Quimioterapia e Radioterapia; MFR, MCDT e Deslocações em internamento	100 000,00 €		85%	15%	85%	15%	90 (300 para partos e cesarianas)
2. AMBULATÓRIO CONSULTAS Urgências Consultas Medicina Geral e Familiar Consultas Especialidade SERVIÇO MÉDICO AO DOMICILIO - SMD (5) Consulta Médica Enfermagem EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Análises Clínicas Anatomia Patológica Radiologia/Imagiologia RX Ecografias TAC RM TRATAMENTOS Enfermagem DESLOCAÇÕES Ambulância Regiões Autónomas ao Continente ou Inter-Ilhas Estrangeiro MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO (7)	5 000,00 €	25,00 €	85%	15%	85%	15%	90
			(2)	25,00 €			
			(2)	0,00 €			
			(2)	10,00 €			
			(2)	7,50 €			
			(2)	12,50 €			
					não aplicável		
				4,00 €			
				3,00 €			
			(2)	1,00 €			
			(2)	5,00 €			
			(2)	5,00 €			
			(2)	10,00 €			
			(2)	22,50 €			
			(2)	50,00 €			
			(2)	2,00 €			
					100% (6)		
					80% (6)		
					90% (6)		
			85%	15%	85%	15%	
3. ESTOMATOLOGIA Consultas de Diagnóstico Tratamentos de Estomatologia	1 000,00 €		85%	15%	85%	15%	90
			(2)	7,50 €			
			(2)	12,50 €			
			(2)	7,50 €			
			(2)	12,50 €			
4. PRÓTESES E ORTÓTESES (exclui próteses estomatológicas)	750,00 €				até 90% da tabela de comparticipações		90

(1) A franquia é partilhada pelos atos realizados na rede e fora da rede. Não é aplicável nos atos realizados dos Centros Clínicos da ACS e em Urgência.

(2) Valor remanescente a cargo do Plano.

(3) Da aplicação da percentagem mencionada, não pode resultar um valor superior ao encargo para o Plano decorrente da aplicação da tabela em vigor para a rede ACS/Multicare.

(4) Por cada ato, aplica-se o copagamento aplicável caso o ato fosse realizado na rede.

(5) Valor do serviço de SMD quando pedido via Atendimento a Beneficiários ACS, conforme contactos disponíveis em acs.pt

(6) A comparticipação aplica-se sobre os valores de referência da tabela de comparticipações.

(7) Comparticipação de 85% para situações de terapia pós-cirúrgica imediata ou nos 180 dias após AVC. Comparticipação de 42,5% nas restantes situações.

Para a adequada utilização do Plano de Saúde deverá ser consultada, em complemento, as tabelas de Regras e Condicionismos e Comparticipações disponíveis em acs.pt

