

**PLANO DE SAÚDE CORPORATIVO
DO GRUPO PORTUGAL TELECOM (PT)**

TIPO II

1. PRINCÍPIOS

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

- co-responsabilização da entidade empregadora, dos trabalhadores e do Estado no respectivo financiamento;
- garantia de acesso dos beneficiários a uma rede de prestadores de cuidados de saúde privados, promovendo cuidados integrados, contínuos, efectivos e eficientes, visando a promoção da saúde, a prevenção e a protecção 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 PT, 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 PT;
- 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 PT; e
- d) que tais trabalhadores sejam abrangidos pelo âmbito pessoal de Protocolos que assegurem a comparticipação do Estado no financiamento do Plano.

2.1.1 Podem, ainda, ser beneficiários-titulares do Regime Geral deste Plano os colaboradores do Grupo PT cuja inscrição seja expressamente autorizada pelo órgão de gestão de empresa ou entidade do Grupo PT a que prestem a respectiva colaboração profissional, desde que se encontrem preenchidas as condições especificadas nas alíneas c) e d) 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 perfazerem 18 anos;
- b) os filhos do beneficiário-titular , entre os 18 anos e o dia anterior ao seu 26º aniversário, desde que não disponham de rendimentos,
- c) os filhos do beneficiário-titular entre os 18 anos e até ao dia anterior ao seu 26º aniversário, mesmo que tenham rendimentos, desde que, cumulativamente:
 - não disponham de qualquer outro sistema ou regime específico de saúde diverso do SNS ou dos SRS, e
 - a respectiva entidade empregadora não disponibilize, directa ou indirectamente, qualquer outro sistema de saúde - de base ou complementar – a que tenha aderido ou possa vir a aderir;
- d) os cônjuges dos beneficiários-titulares, desde que cumulativamente:
 - não disponham de qualquer outro sistema ou regime específico de saúde diverso do SNS ou dos SRS, e
 - a respectiva entidade empregadora não disponibilize, directa ou indirectamente, qualquer outro sistema de saúde - de base ou complementar – a que tenha aderido ou possa vir a aderir.

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, e sejam abrangidos pelo âmbito pessoal de Protocolos que assegurem a comparticipação do Estado no financiamento do Plano.

3. INSCRIÇÕES E REINSCRIÇÕES

3.1 O direito aos benefícios do presente Plano de Saúde só se adquire após a aceitação da respectiva 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 três meses para a generalidade dos benefícios e de dez meses 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 excepção para as situações de partos e de cesarianas em que o respectivo 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 respectiva 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 excepção das situações de partos e de cesarianas em que o respectivo 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, excepto a emissão de segunda via, que fica condicionada à apresentação de pedido devidamente justificado e ao pagamento de uma taxa especial correspondente a 2% do Salário Mínimo Nacional (SMN).

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 respectivos familiares, bem como de mudança de residência ou de NIB 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 reactivarem essa inscrição, bem como a dos seus familiares, logo que voltem a exercer funções na empresa.

4. CO-FINANCIAMENTO A CARGO DOS BENEFICIÁRIOS

4.1 Beneficiários do Regime Geral

4.1.1 Os beneficiários-titulares contribuirão para o financiamento do Plano de Saúde, sem prejuízo do disposto no número 4.1.3, com uma contribuição mensal correspondente a 1% da respectiva remuneração-base.

4.1.2 Para efeito do disposto no número anterior considera-se remuneração-base o valor atribuído ao trabalhador a título de vencimento base, acrescido do valor recebido a título de diuturnidade ou prémios de antiguidade, não sendo consideradas, para este efeito, as quantias auferidas a título de subsídios de Natal e de Férias.

4.1.3 O valor máximo da contribuição mensal referida em 4.1.1 é o referido em 4.2.1 para o respectivo Grupo Etário do Escalão III.

4.1.4 À contribuição mensal será acrescida a importância mensal de 0,4% do SMN (arredondada para a dezena de cêntimos imediatamente superior) 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 19.00 às 07.00 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:

Grupo etário do Familiar	Escalão I	Escalão II	Escalão III
	Remuneração-base inferior a 3 SMN	Remuneração-base entre 3 e 5 SMN	Remuneração-base superior a 5 SMN
< 18 anos	€ 20,10	€ 30,20	€ 45,00
18 - 25 anos	€ 30,20	€ 45,00	€ 60,10
26 – 39 anos	€ 37,60	€ 56,10	€ 75,00
40 – 64 anos	€ 50,10	€ 75,00	€ 99,90
≥ 65 anos	€ 75,00	€ 112,60	€ 150,20

4.2.2 Os valores referidos em 4.2.1 serão actualizados anualmente, com efeitos a 1 de Janeiro, em função da variação anual do Índice Geral de Preços no Consumidor do ano civil anterior, sem prejuízo do disposto em 11.2.

4.2.3 No caso de o(s) filho(s) ser(em) descendente(s) de dois beneficiários-titulares inscritos no Plano, o valor relevante para efeitos do disposto em 4.2.1 é o montante da maior das duas remunerações-base dos seus progenitores.

5. BENEFÍCIOS

5.1 Âmbito e condicionalismos

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 actual 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 Actos excluídos do âmbito deste Plano

Não são abrangidos pelo presente Plano de Saúde:

- a) os actos 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;
- b) os actos 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);
- c) os actos relativos ao tratamento de lesões decorrentes de quaisquer acidentes, incluindo os seguintes:
 - acidentes de trabalho;
 - 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;
 - 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 respectivos encargos;
 - ocorrência de factos de força maior, da natureza ou provocados pelo homem, como catástrofes naturais, guerra, declarada ou não, e perturbações da ordem pública;

- d) os actos voluntários dos beneficiários que originem despesas de saúde, ou actos originados por terceiros nomeadamente agressão, ou actos que não sejam fundados em razões de ordem médica, ou actos que não resultem de prescrição de médicos ou de outros técnicos, nos termos indicados no presente Plano de Saúde, incluindo os seguintes:
- acidentes ou doenças causados por tentativa de suicídio;
 - participação em apostas, duelos ou rixas;
 - quaisquer actos dolosos, ilícitos ou de negligência grosseira por parte do beneficiário;
- e) os actos realizados no estrangeiro, salvo os prévia e expressamente autorizados pela ACS;
- f) os actos decorrentes de doença profissional;
- g) os tratamentos ou cirurgias do foro estético ou plástico, incluindo tratamentos ou cirurgias de rejuvenescimento ou de regularização do peso;
- h) as consultas e tratamentos no âmbito das designadas medicinas alternativas ou naturais, designadamente homeopatia, acupunctura, osteopatia, hidroterapia e quiropraxia;
- i) os tratamentos e estadas em termas, sanatórios, lares, casas de repouso e outros estabelecimentos não classificados como Unidades Hospitalares;
- j) os tratamentos experimentais ou que aguardem comprovação médica;
- k) os exames gerais de saúde e check-up;
- l) a enfermagem privativa;
- m) o pagamento ou reembolso de comparticipações, desde que não comparticipáveis pelos SNS ou SRS, relativamente a:
- champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares,
 - produtos de estética, cosmética e higiene,
 - leite e papas para bebés,
 - produtos dietéticos, homeopatas ou manuseados,
 - anti-concepcionais e dispositivos intra-uterinos,
 - vacinas, com excepção das do foro alergológico,
 - testes optométricos,
 - cintas medicinais, meias elásticas e colchões ortopédicos,
 - calçado ortopédico.

5.3 Assistência no Internamento Hospitalar

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 excepcionais, estando dependente de autorização da Direcção Clínica da ACS) e alimentação.
 - Inclui berçário e diária do recém-nascido se, nos termos do presente Plano de Saúde, for a respectiva 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 osteosíntese e prótese intra-cirúrgicas.
- f) Serviços de ambulância:
 - Só cobre transporte em ambulância se o mesmo for considerado clinicamente recomendável e previamente autorizado pela Direcção 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 30 dias por ano, salvo indicação médica e acordo do Director Clínico.

5.4 Assistência Ambulatória

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

- a) Consultas médicas de clínica geral ou de especialidade, realizadas por prestadores inscritos na Ordem dos Médicos ou na Ordem dos Médicos Dentistas.
- 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 ambulatorio:
 - Cuidados médicos, técnicos e de enfermagem.
 - Infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma.
 - Aplicação de oxigénio, incluindo o oxigénio.
 - Pensos cirúrgicos.
 - Aplicação de aparelhos de gesso e talas.
 - Radioterapia e quimioterapia.
 - Terapia física, ocupacional e da fala.
- d) Assistência hospitalar em regime ambulatorio:
(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 extra-corporal.
- e) Serviços de ambulância:
 - Transporte em ambulância se o mesmo for considerado clinicamente recomendável e for autorizado ou ratificado pela Direcção Clínica.
- f) Cuidados de saúde domiciliários:
 - Cuidados médicos e de enfermagem, 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);
- g) Próteses e ortóteses:
 - Óculos, lentes e lentes de contacto.
 - Próteses e ortóteses que substituam e complementem órgãos internos e externos, bem como dispositivos de correcção e de compensação.
 - Treino para estes dispositivos.

5.5 Assistência Medicamentosa (Ambulatória)

Prescrição de medicamentos, manipulados e produtos biológicos registados pelas entidades oficiais como especialidade farmacêutica e desde que com participação do SNS ou dos SRS.

5.6 Apoio Psicossocial

O Apoio Psicossocial e Social contempla o acompanhamento de situações de abuso de álcool e drogas.

6. COMPARTICIPAÇÕES DO PLANO DE SAÚDE

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 ao Corpo Clínico privativo e convencionado, 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 afectos ao Plano, bem como das tabelas estabelecidas para a utilização de determinados bens ou serviços não disponibilizados pela rede de prestação, competindo sempre ao beneficiário o pagamento das “taxas moderadoras”, ou seu sucedâneo, eventualmente cobradas por actos prestados por instituições pertencentes, contratualizadas ou integradas nos SNS ou SRS, as quais não são susceptíveis de reembolso ou participação.

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 actos clínicos realizados merecer sempre o sancionamento da ACS.

6.3.1 Para o efeito, o beneficiário deverá apresentar à ACS o original do documento comprovativo das despesas efectuadas, acompanhado, sendo caso disso, da respectiva prescrição, nos 30 dias seguintes à data aposta no documento de despesa.

6.4 A ACS não suportará nem comparticipará, salvo autorização excepcional e prévia, em quaisquer despesas resultantes de actos 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, facturação incorrecta ou carência de condições para o exercício da actividade segundo os padrões de qualidade exigidos pela ACS.

6.5 Sem prejuízo do referido anteriormente, a comparticipação do Plano de Saúde nos actos 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 nos pontos 6.5.1, 6.5.2, 6.5.3 e 6.5.4.

6.5.1 Comparticipação no Internamento Hospitalar

Comparticipação do Plano de Saúde nas despesas por actos considerados clinicamente necessários, incluindo os referentes a situações de maternidade, bem como, se consideradas imprescindíveis pela Direcção Clínica, as despesas suportadas pelo internamento em unidades hospitalares localizadas no estrangeiro, sendo tal comparticipação de **100%** nas despesas de internamento realizadas nas instituições pertencentes, contratualizadas ou integradas nos SNS ou SRS ou de **90%** nas despesas realizadas em hospitais ou clínicas convencionados, incluindo honorários.

A partir de 1 de Abril de 2012 a comparticipação a cargo do beneficiário será, no mínimo, igual ao valor da taxa moderadora do SNS, a cada momento, sem prejuízo de a comparticipação a cargo do beneficiário ser sempre, no mínimo, € 7,50 por cada consulta e € 20,00 por cada episódio de urgência, o qual não inclui os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

6.5.2 Comparticipação na Assistência Ambulatória

- Comparticipação do Plano de Saúde em **85%** das despesas elegíveis realizadas, sem prejuízo do disposto relativamente à cobertura das despesas de transporte. A partir de 1 de Abril de 2012 a comparticipação a cargo do beneficiário será, no mínimo, igual ao do valor da taxa moderadora do SNS, a cada momento, sem prejuízo de a comparticipação a cargo do beneficiário ser sempre, no mínimo de € 7,50 por cada consulta, excetuando as de Medicina Geral e Familiar que serão € 5,00.

- 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 quando os referidos tratamentos sejam aplicados noutras situações;

- Prótese e ortóteses que substituam ou complementem órgãos internos ou externos, bem como dispositivos de correcção ou compensação, serão comparticipadas em **90%** das tabelas mencionadas em 6.1;

- 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 Director 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 Director 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 Comparticipação na Assistência Medicamentosa (Ambulatória)

A comparticipação do Plano de Saúde na assistência medicamentosa é definida em função dos diversos escalões de comparticipação praticados no âmbito do SNS ou dos SRS e dos preços de referência estabelecidos pelo Ministério da Saúde, salvo quanto aos medicamentos do Escalão C, em que a percentagem de comparticipação do Plano será de 70%, mas não mais do que 30% do que o praticado pelo SNS/SRS.

6.5.4 Comparticipação no Apoio Psicossocial e Social

Nas situações referidas no ponto 5.6, o apoio poderá consistir numa das seguintes modalidades, conforme prescrição médica:

- a) Suporte pelo Plano de **90%** do custo do internamento hospitalar ou em outras unidades de internamento, limitado a um período de 30 dias por episódio, salvo indicação médica e acordo do Director Clínico;

- b) Suporte pelo Plano de **90%** dos custos de hospitalização parcial, reabilitação psiquiátrica, serviços de desintoxicação ambulatória e domiciliária, serviços psiquiátricos profissionais e de dependência, diagnóstico e gestão médica, previamente prescritos pelo médico e autorizados pelo Director Clínico.

6.6 Encargos dos beneficiários

Cabe aos beneficiários suportar como encargos próprios a diferença entre a comparticipação do Plano de Saúde e os valores estabelecidos nas tabelas referenciadas no ponto 6.1, bem como os encargos específicos referidos em 6.6.1 e 6.6.2.

6.6.1 Consultas nos Centros Clínicos da ACS

A comparticipação a cargo do beneficiário será, no mínimo, igual ao valor da taxa moderadora do SNS, a cada momento, sem prejuízo de a partir de 1 de Abril de 2012 se fixar o valor de € 5,00 por cada consulta, excetuando as de Medicina Geral e Familiar que serão € 4,00.

Contudo, caso falem, sem prévia justificação – que deverá ser efectuada, no mínimo, com 24 horas de antecedência – às consultas médicas marcadas para os referidos Centros Clínicos, os beneficiários suportarão o valor correspondente a 2,5% do SMN (arredondado para a dezena de cêntimos imediatamente superior) por cada ausência.

6.6.2 Serviço Especial de Consultas Domiciliárias

Nas situações previstas no ponto 4.1.4, os beneficiários pagarão a importância indicada em 6.6.1 relativamente às consultas de Medicina Geral e Familiar por cada consulta domiciliária a que recorram em situações de urgência clínica.

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 actos excluídos do âmbito do Plano, respeitantes tanto ao beneficiário-titular como aos membros do respectivo agregado familiar inscritos no Plano, são, em regra, debitados e ou creditados em conta bancária indicada pelo beneficiário-titular, directamente pela ACS, de acordo com autorização expressa obrigatoriamente subscrita pelo beneficiário-titular no acto de inscrição do próprio ou de qualquer dos seus familiares.

7.2 As despesas em dívida por parte dos beneficiários poderão ainda ser cobradas, por iniciativa da ACS, mediante emissão de factura 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 actos 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) 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 correcta utilização dos beneficiários do Plano, aferição que, caso se trate de aspectos de índole médica e o beneficiário solicite, apenas poderá ser feita pela Direcção 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 Direcção 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.

8.3 A aplicação de penalidades, no âmbito do Plano de Saúde, será efectuada 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 respectivo 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 comparticipações do Plano, relativamente a qualquer beneficiário que viole os princípios e disposições deste Plano.

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

8.7 No caso de um beneficiário-titular incorrer comprovadamente em alguma das infracções 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 infracção 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 respectiva desobrigação de prestação de trabalho a entidade do Grupo PT;
- 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 b);
- e) O não co-financiamento do Estado nos encargos de saúde relativamente ao beneficiário-titular ou a qualquer dos seus familiares.

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 recepção, produzindo os respectivos 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 Maio de 2005 e durará até 31 de Dezembro de 2008, 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 co-financiamento e de participação, em função dos resultados apurados na respectiva exploração financeira, por forma a garantir-se, sistematicamente, o adequado equilíbrio entre as receitas e os custos resultantes da aplicação do presente Plano.