



TRANQUILIDADE



OTOC
ORDEM DOS TÉCNICOS
OFICIAIS DE CONTAS

BOLETIM ESCLARECIMENTOS II A partir de 01 Agosto 2010

Plano Base- oferecido pelo OTOC

O que é este seguro?

Este seguro de saúde foi negociado em 2007 pela OTOC com o Grupo Espírito Santo (Banco Espírito Santo e Companhia de Seguros Tranquilidade). Todos os TOC's que tenham a sua inscrição devidamente regularizada, recebem um cartão BES/OTOC que os identifica para efeitos do seguro de Saúde.

Quando receberei este novo cartão BES/OTOC?

Após comunicação da sua adesão ao seguro pela OTOC à Companhia de Seguros Tranquilidade, será emitido cartão no prazo máximos de 4 semanas, o qual será remetido para a morada que consta no sistema da OTOC.

Como poderei ter acesso ao cartão BES/OTOC?

Serão emitidos novos cartões para todos os Membros com direito ao seguro até meados de Dezembro de 2010. Até lá prevalecem os cartões que já se encontravam na posse dos Membros. No caso de não ter recebido o seu cartão, pode contactar os serviços da AVS - Corretores de Seguros, de modo a ser-lhe remetido um novo cartão, o qual será enviado para a morada que consta no sistema da OTOC.

Mais informamos que não é necessário preencher qualquer tipo de ficha de adesão, para este plano base, pois a sua inscrição é feita directamente pela OTOC.

O que oferece o seguro de saúde da OTOC?

O Plano Base (zero), oferecido pela OTOC contempla desde 01 de Agosto de 2010, dois planos de garantias.

A atribuição do plano de garantias ao TOC, encontra-se definida pela OTOC de acordo com comunicação do Presidente da OTOC no dia 23 de Junho de 2010.

Ambos os planos detém uma Cobertura de Hospitalização com um capital de €50.000/no.

Quando assim definido, o Membro poderá ainda usufruir de 3 consultas em regime Ambulatório/ano, nomeadamente consultas de Clínica Geral e Especialidade, **com excepção** de consultas de Urgência, Obstetrícia, Estomatologia e Anestesia, ou todas aquelas que se encontram excluídas, de acordo com as Condições Gerais do Seguro de Saúde.

Plano Base

Garantias	Comparticipação da Tranquilidade		Limite de Indemnização por pessoa por anuidade	Outras Condições
	Rede	Fora da Rede		
Hospitalização (1)	90%	90%	50.000 €	K máximo de € 7 (2)
Ambulatória (3)(4)				Rede: Co-pagamento de 13 € por consulta
Consultas	100%	70%	3 Consultas	Fora de Rede: Máximo reembolsável por consulta de 22,50 €

(1) Existe uma franquia por Internamento/Intervenção cirúrgica de € 1000, que incidirá sobre o montante a cargo da Pessoa Segura. Se a Pessoa Segura recorrer a comparticipação prévia, para todo o tipo de despesas, da A.D.S.E., A.D.M.E., S.A.M.S., S.N.S. Seguros ou outras instituições equiparadas, a Franquia por Internamento Hospitalar, será de € 750 e incidirá sobre o montante a cargo da Pessoa Segura.

(2) De acordo com o estipulado no Artº 5º da Condição Especial de Despesas de Hospitalização, o valor do K será actualizado de acordo com o Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos em 1997.

(3) Apenas terão direito a esta cobertura os Membros que não tiveram quotas em atraso, por um período superior a 90 dias, até 01 de Agosto de 2010.

(4) A Rede de Prestadores na cobertura de Ambulatório não integra os prestadores da Rede ESS e Grupo José Mello Saúde.

O que é a cobertura de Hospitalização?

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

Qual a idade limite de adesão ao seguro de saúde?

A idade limite para inclusão no seguro de saúde para o Membro é de 64 anos.

E o limite de permanência?

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

Os meus descendentes podem ser incluídos no seguro de saúde?

O seguro de saúde que a OTOC oferece é só para os seus Membros, no entanto tem à disposição três planos de seguro, que pode optar e incluir o seu agregado. Para mais pormenores, consulte o Boletim de esclarecimentos dos Planos I,II e III ou contacte a AVS- Corretores de Seguros (vide contacto no fim).

O que é um Período de Carência?

Considera-se Período de Carência o espaço de tempo, que medeia entre a data início do seguro e a data em que as coberturas podem ser devidamente accionadas, ou seja, durante os primeiros 90 dias de vigência do contrato não pode utilizar os benefícios do mesmo, dado que as coberturas contratualizadas só estarão activas 90 dias depois.

O que é uma franquia e co-pagamento?

É a importância que, em caso de sinistro, ficará a cargo do Membro.

O que é uma comparticipação?

É a percentagem ou valor máximo de despesas médicas garantidas pelo contrato que ficam a cargo da Tranquilidade

[Posso escolher livremente o médico a quero ir? Também no estrangeiro?](#)

Terá total liberdade de escolha do médico, estando este integrado ou não na Rede de Prestadores Convencionados em Portugal.

São sempre aplicáveis os períodos de carência estipulados.

No caso de ter um seguro de saúde noutra seguradora, também são aplicáveis os períodos de carência?

São sempre aplicáveis os períodos de carência estipulados.

O que é a rede de Prestadores?

Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnóstico e outras unidades de saúde que têm um acordo de prestação de serviços com a AdvanceCare. A utilização da rede de prestadores é mais cómoda para o cliente visto que o segurado só terá de desembolsar o montante a seu cargo, sendo a parte a cargo da Tranquilidade paga directamente pela AdvanceCare ao prestador, e ainda porque as percentagens de comparticipação de despesas médicas são mais elevadas dentro da rede do que fora da rede de prestadores.

Onde posso consultar a rede de prestadores?

Em www.advancecare.pt, consulte onde diz “Redes Advancecare” - “Rede Médica Nacional” - “Seguradora: Tranquilidade” - “Produto: Sanos”

Qual a diferença entre recorrer a médicos da rede de prestadores ou médicos fora da rede?

O maior benefício de recorrer a médicos na rede de prestadores é a o facto de o cliente não ter de desembolsar a totalidade do montante da despesa. Apenas tem que pagar o montante a seu cargo, sendo o remanescente pago directamente pela Tranquilidade ao prestador.

Por outro lado, na rede de prestadores, na medida em que existe um acordo com a Tranquilidade, os preços praticados aos nossos clientes são mais baixos do que os preços praticados junto do público em geral, o que é particularmente relevante quando é uma percentagem da despesa que fica a cargo do cliente.

O que é o K mencionado na cobertura de hospitalização?

É o valor de referência do preço de cada acto médico, publicado no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos da Ordem dos Médicos em 1997, sendo constituído por um valor máximo, um mínimo e um valor médio. O valor do acto médico obtém-se multiplicando o número de K atribuído a esse acto pelo valor estabelecido para o K . Neste produto é utilizado o valor do K médio, cujo valor fixamos em €7.

Quais os casos em que necessito de uma Pré-Autorização?

Carecem de autorização os seguintes actos médicos:

- Hospitalização, cirurgia ambulatória, quimioterapia;
- Fisioterapia e terapia da fala;

Obrigatoriamente se recorrer a rede, preferencialmente se recorrer a fora de rede.

O que é uma Pré-Autorização ?

É a aprovação dada pelos serviços clínicos da Tranquilidade, quando exigível nos termos da apólice a utilização de alguns cuidados de saúde, adiante especificados, implica a prévia autorização da AdvanceCare. Esta autorização deve ser solicitada pelos próprios prestadores (médicos) quando for utilizada a rede de prestadores, ou pelo segurado quando este utilizar serviços clínicos fora da rede.

Através do Serviço de Assistência a Clientes (707 78 20 50), o cliente deve obter autorização para a realização de certos actos médicos. A AdvanceCare procede a uma análise da informação e verifica se o acto médico que está a ser pedido é clinicamente necessário - consoante o enquadramento das Condições Gerais do seguro - e está adequado à situação descrita.

Quais as principais exclusões?

- Doenças pré-existentes ou acidentes ocorridos antes da data de inclusão no seguro;
- Tratamentos de cirurgia estética ou plástica, tratamentos de rejuvenescimento ou emagrecimento;
- Hemodiálise, transplante de órgãos, S.I.D.A. e suas implicações;
- Tratamentos não reconhecidos pela Ordem dos Médicos Portuguesa;
- Despesas realizadas com médicos que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura.

No entanto, deve sempre consultar as Condições gerais, para ter uma informação mais completa

Se tiver dúvidas sobre o seguro que devo fazer?

Para informações/esclarecimentos sobre a adesão a este seguro detém à sua disposição

Linha TOC - Telefone: 21 114 84 45

Nº de Fax: 21 114 84 49

assist.toc@avs-seguros.pt

Ou o **Serviço de Assistência a Clientes** (707 78 20 50) através das qual o cliente pode aceder a informações sobre:

- . Coberturas e capitais do seguro;
- . Médicos, clínicas, laboratórios e outros prestadores de cuidados médicos da rede de prestadores;
- . Processos de comparticipação de despesas médicas;
- . Pré-autorizações;
- . Pagamento de prémios;