

Plano de Saúde da PT-COMUNICAÇÕES, S.A.

(O.S. 39,97, de 97/09/08 e O.S. 26,98, de 98/04/16, ambas da Comissão Executiva da Portugal Telecom, S.A. e O.S. 34,01 de 01/12/05 da Comissão Executiva da PT-Comunicações, S.A.)

1.Objectivo

O Plano de Saúde da PT-Comunicações, S.A visa criar e regular um sistema de saúde potencialmente aplicável a todos os trabalhadores, da Empresa, pré-reformados, reformados e aposentados, bem como a parte significativa dos respectivos familiares, assegurando o acesso dos mesmos à promoção da saúde e protecção na doença, através do recurso à prestação de cuidados preventivos, curativos e de reabilitação, a efectuar preferencialmente por serviços privativos e convencionados.

2. Beneficiários

2.1 Podem ser beneficiários do Regime Geral:

- a)** os trabalhadores activos , pré-reformados, reformados e aposentados da empresa, os quais são os "beneficiários-titulares";
- b)** os respectivos descendentes até aos 18 anos;
- c)** os respectivos descendentes, entre os 18 anos e até ao dia anterior ao seu 26º aniversário, desde que não tenham rendimentos próprios;
- d)** os respectivos filhos ou equiparados, que não confirmam direito a subsídio familiar a crianças e jovens, mas que sejam deficientes reconhecidos pelo Estado, com direito ao subsídio mensal vitalício, pensão social ou de invalidez, ou sejam portadores de grandes doenças;
- e)** os cônjuges dos beneficiários-titulares, desde que não usufruam de rendimentos próprios superiores ao salário mínimo nacional e não sejam beneficiários de esquema de assistência médica diferente do S.N.S.;
- f)** outros familiares a cargo que confirmam ao beneficiário-titular direito a subsídio familiar a crianças e jovens.

2.1.1 A inscrição de descendentes ao abrigo da alínea d) do ponto 2.1 impõe que tenham estado inscritos ao abrigo das alíneas b) e/ou c) do referido ponto e que não se tenha verificado qualquer interrupção na sua condição de beneficiários.

2.1.2 Para efeitos da alínea d) do ponto 2.1 são considerados como portadores de "grandes doenças" os indivíduos que padeçam - e enquanto padeçam - especificamente de alguma das seguintes doenças:

- tumores malignos;
- insuficiência cardíaca congestiva, incluindo cardiopatias reumáticas crónicas graves e cardiomiopatias graves;
- insuficiência coronária insusceptível de compensação;
- doença pulmonar crónica obstrutiva grave;
- tuberculose evolutiva;
- cirroses hepáticas descompensadas, incluindo hepatopatias graves;
- reumatismo crónico com anciloses ou deformações articulares importantes, incluindo espondilite anquilosante, artroses graves invalidantes e artrite reumatóide;
- paralisias por doenças vasculares-cerebrais ou doenças do foro neurológico, quando impossibilitem a deambulação e exijam assistência de terceiros, incluindo doença desmielinizante, doença do neurónio motor e miastenia gravis;
- síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA);

- doença genética com manifestações graves;
- paramiloidose;
- lúpus eritematoso disseminado;
- nefropatias crónicas graves;
- hemopatias graves (hemofílicos); e
- dermatomiosite.

2.2 Podem ser beneficiários do Regime Especial os seguintes familiares do beneficiário-titular inscrito no Regime Geral:

a) os descendentes dos beneficiários-titulares sem direito a subsídio familiar a crianças e jovens, entre os 18 anos e até ao dia anterior ao seu 26º aniversário, mesmo que tenham rendimentos próprios;

b) os descendentes dos beneficiários titulares entre os 26 anos e até ao dia anterior ao seu 30º aniversário, desde que, cumulativamente:

- vivam com o beneficiário-titular ou com o cônjuge deste;
- sejam destes dependentes;
- sejam solteiros;
- não possuam quaisquer rendimentos próprios.

c) os cônjuges dos beneficiários-titulares que não sejam abrangidos pelo Regime Geral;

d) os ascendentes de 1º grau da linha recta dos beneficiários-titulares, desde que, cumulativamente, satisfaçam as seguintes condições:

- provem depender directamente do beneficiário-titular;
- não tenham rendimento ou pensão mensal superior ao salário mínimo nacional, se forem ascendentes sobreviventes, ou ao dobro do salário mínimo nacional, se forem casados, caso em que serão, para o efeito, considerados os rendimentos globais do casal.

2.2.1 Os benefícios a serem prestados aos beneficiários do Regime Especial devem ser articulados em complemento com os sistemas de saúde base, os quais devem ter as suas despesas de saúde suportadas por esse sistema, não sendo, para o efeito, apenas considerado o S.N.S..

2.2.1.1 Os beneficiários referidos em 2.2.1. deverão, assim, utilizar os seus regimes específicos de saúde base e os respectivos prestadores, sendo reembolsados pela PT-ACS apenas pelos montantes que, após a participação desses sistemas, tenham constituído o seu encargo directo e apenas se e na medida em que este Plano preveja participação mais favorável para os beneficiários.

2.2.1.2. Tais beneficiários poderão, porém, utilizar os Centros Clínicos da PT-ACS, de forma a que o seu encargo, a final, não venha a ser diverso do encargo suportado pela generalidade dos beneficiários-titulares.

2.2.1.3. Tais beneficiários poderão, também, utilizar, a partir de 15 de Maio de 1998, os médicos convencionados da PT-ACS para a realização de consultas e dos actos associados directa e imediatamente às mesmas – audiogramas, ecografias, electrocardiogramas, RX panorâmicos, exames optométricos e tratamentos estomatológicos, etc.-. Nestes casos, ser-lhes-á debitada a totalidade dos custos facturados por esses médicos à PT-ACS, com a subsequente emissão do correspondente recibo, em nome do beneficiário, para posterior participação do respectivo sistema de saúde base, não tendo, nestes casos, direito a qualquer outra participação por parte da PT-ACS.

2.2.1.4. Contudo, caso pretendam usufruir integralmente deste Plano, tais beneficiários poderão optar pelo Regime Especial, sempre com o pagamento da quota correspondente ao rendimento do respectivo agregado familiar.

2.3 Os familiares dos beneficiários-titulares, quer os do Regime Geral quer os do Regime Especial, não perdem a qualidade de beneficiários pela morte do respectivo titular, mantendo os respectivos direitos enquanto continuarem a reunir os demais requisitos indicados e, no caso dos referidos em 2.1, enquanto simultaneamente tiverem direito à pensão de sobrevivência.

2.3.1 No caso de falecimento dos beneficiários-titulares, os cônjuges que não usufruam de rendimentos próprios superiores ao salário mínimo nacional manter-se-ão inscritos no Regime Geral, sem pagamento de qualquer quota.

3. Incrições e Reinscrições

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

3.2 Sem prejuízo do disposto em 9., o acesso aos benefícios do Plano fica sujeito a um período de carência de 6 meses, durante o qual são devidas as contribuições ou quotas referidas em 4.1 ou 4.2.

3.2.1 O período de carência não será aplicável à inscrição de beneficiários até aos 18 anos.

3.3 Será emitido cartão personalizado para cada beneficiário, com data de validade variável, consoante a situação, o qual tem que ser apresentado, bem como 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, excepto na emissão de segunda via, que fica condicionada à apresentação de pedido devidamente justificado e ao pagamento de uma taxa correspondente aos respectivos encargos.

3.5 O beneficiário-titular é obrigado a comunicar, no prazo de 30 dias, todas as alterações de natureza profissional, pessoal ou familiar, aos elementos do processo que conferiram direito à inscrição.

3.6 Os beneficiários do Regime Especial que, depois da adesão ao Plano de Saúde, decidam desvincular-se deste, só poderão solicitar a reinscrição no mesmo desde que paguem as quotas correspondentes ao período que mediou entre a sua desvinculação e a sua reinscrição, ficando, ainda, a mencionada reinscrição sujeita a deliberação da entidade responsável pela gestão do Plano de Saúde.

3.7 Aos beneficiários do Regime Geral não é permitida a reinscrição.

3.7.1 Aos beneficiários-titulares que se encontrem em situação de requisição, comissão de serviço ou impedimento prolongado, é permitido:

a) suspenderem a sua inscrição, bem como a dos seus familiares que sejam beneficiários do Regime Geral, durante o período em que deixarem de exercer funções na Portugal Telecom, S.A., caso em que, durante o período de suspensão, deixa de ser devida a contribuição mensal referida em 4.1;

b) manterem a sua inscrição, bem como a dos seus familiares, caso em que a contribuição mensal referida em 4.1 será aferida em função do salário que aufeririam se permanecessem ao serviço da empresa.

4. Co-Financiamento a cargo dos Beneficiários

4.1 Beneficiários do Regime Geral

Os beneficiários-titulares contribuirão para o financiamento do Plano de Saúde com uma contribuição mensal correspondente ao desconto de 1,5 % sobre o seu salário (entendendo-se como tal o

vencimento base + diuturnidades) ou, conforme os casos, a respectiva prestação de pré-reforma, pensão de aposentação ou pensão de reforma (incluindo complemento), não sendo consideradas, para este efeito, as quantias auferidas a título de subsídio de Natal (13º mês) ou subsídio de férias (14º mês).

4.2 Beneficiários do Regime Especial

Cada beneficiário do Regime Especial contribuirá para o Plano de Saúde, a partir de 1 de Janeiro de 1997, com uma quota mensal, calculada em função da idade do aderente e do rendimento anual global do agregado familiar, dentro do seguinte esquema:

Tabela - Quotas Regime Especial

REGIME ESPECIAL						
QUOTA MENSAL						
RENDIMENTO FAMILIAR - ESCALÃO						
IDADE DO BENEFICIÁRIO	I	II	III	IV	V	VI
	Até 2 SMN	De 2 a 3 SMN	De 3 a 4 SMN	De 4 a 5 SMN	De 5 a 6 SMN	Mais de 6 SMN
< 25 anos	€8,90	€11,90	€14,90	€17,90	€20,70	€29,90
de 25 a 39 anos	€17,90	€23,90	€29,90	€35,80	€41,90	€59,70
Filhos de 26 a 30	€27,90	€33,90	€39,90	€45,80	€51,90	€69,70
De 40 a 64 anos	€26,80	€35,80	€44,80	€53,80	€62,70	€89,70
> de 65 anos	€44,80	€59,70	€74,70	€89,70	€104,60	€149,50

4.2.1 Para adesão ao Regime Especial ou respectiva reinscrição, deverá o beneficiário-titular remeter à entidade responsável pela gestão do Plano de Saúde autorização para que a quota mensal referida em 4.2 seja descontada no respectivo salário, prestação de pré-reforma ou, caso seja possível, no valor da pensão ou complemento auferido, devendo, ainda, apresentar anualmente toda a documentação exigida para comprovação da possibilidade de aplicação das quotas dos Escalões I a V.

4.2.2 Os valores das quotas mensais referidos em 4.2 serão actualizados anualmente, com efeitos a 1 de Janeiro, sendo o coeficiente de actualização o correspondente à evolução do índice de preços no consumidor (sector da saúde).

5. BENEFÍCIOS

Sem prejuízo da sua oportuna adequação à evolução da ciência médica convencional, o Plano de Saúde prestará, atento o actual quadro de cuidados disponíveis, os apoios que se passam a especificar:

5.1 Assistência no Internamento Hospitalar

- Intervenções cirúrgicas, serviços com internamento e de urgência hospitalar.
 - Inclui diária hospitalar, alojamento e alimentação.
 - Inclui berçário e diária do recém-nascido.
 - Apenas inclui alojamento em quarto particular se for considerado clinicamente recomendável.
- Honorários médicos de cirurgia.
- Serviços de diagnóstico laboratorial e radiológico.
- Medicamentos ministrados durante o internamento.
- 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 próteses intra-cirúrgicas.
- Serviços de ambulância:
 - Só cobre transporte em ambulância se o mesmo for considerado clinicamente recomendável.
- Serviços de internamento numa 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.

5.2 Assistência Ambulatória

- Consultas médicas de clínica geral ou de especialidade, realizadas por médicos inscritos na Ordem dos Médicos.
- Elementos auxiliares de diagnóstico considerados clinicamente necessários, desde que prescritos por médico.

Inclui a requisição de análises laboratoriais, exames de radiologia, testes alergológicos e outros meios de diagnóstico.

- Tratamentos em regime ambulatório:
 - 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.
- 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 extra-corporal.
- Tratamento termal:
 - Inscrição e tratamento termal, devidamente prescrito por médico da especialidade dos serviços do Plano, até ao limite máximo anual de 14 dias e num único período.
- Deslocações:
 - Transporte adequado e necessário, mediante autorização prévia do Director Clínico e de acordo com o disposto em 6.3.3.
- Serviços de ambulância:
 - Transporte em ambulância, se o mesmo for considerado clinicamente recomendável

- Cuidados de saúde domiciliários:
 - Cuidados médicos e de enfermagem, equipamento médico, terapia física e ocupacional e da fala (estes serviços deverão ser encarados como alternativa à hospitalização, devendo o doente ser reavaliado cada 30 dias);
 - Serão usados para restaurar capacidades ou minimizar limitações às funções físicas ou cognitivas após uma doença ou acidente.

- Próteses e ortóteses:
 - Óculos e lentes de contacto.
 - Próteses e ortóteses que substituam e complementem órgãos internos e externos, bem como dispositivos de correção e de compensação.
 - Treino para estes órgãos.

5.3 Assistência Medicamentosa (Ambulatória)

Prescrição de medicamentos, manipulados e produtos biológicos registados pelas entidades oficiais como especialidade farmacêutica e desde que com participação do Serviço Nacional de Saúde. Para uso em ambulatório não existem limites quanto a quantidades, sempre que forem consideradas clinicamente necessárias.

5.4 Apoio Psicossocial e Social

O Apoio Psicossocial e Social contempla as seguintes situações:

- a) Acompanhamento de situações de carência financeira derivada de situação de doença ou acidente.

- b) Acompanhamento de situações de abuso de álcool e drogas.

6. Participação do Plano de Saúde

6.1. A participação a ser prestada pelo Plano de Saúde será sempre calculada tendo por limite as tabelas resultantes dos contratos e das convenções estabelecidos com os serviços e profissionais vinculados ao Plano, quer privativos quer convencionados.

6.2. Sempre que os beneficiários não recorram ao Corpo Clínico privativo e convencionado, as despesas realizadas serão participadas por um valor não 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 Direcção Clínica do Plano de Saúde.

6.2.1. A entidade gestora do Plano não suportará nem participará em quaisquer despesas resultantes de actos decorrentes da prestação de serviço por prestadores cujo contrato ou convenção haja sido rescindido pela entidade gestora do Plano de Saúde, salvo casos excepcionais, devida e previamente autorizados, de acompanhamento de parturientes ou da continuação de tratamentos após intervenções cirúrgicas recentes ou, ainda, de intervenções cirúrgicas já com marcação definida aquando da rescisão.

6.2.1.1. As ORT's da PT-Comunicações serão informadas, em reunião prévia à rescisão, dos motivos que tenham presidido às decisões de rescisão dos contratos ou convenções de tais prestadores, baseadas, nomeadamente, em 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 entidade gestora do Plano de Saúde.

6.2.1.2. A entidade gestora do Plano de Saúde divulgará, regularmente, a listagem dos prestadores com quem o contrato/convenção haja sido rescindido.

6.3. Sem prejuízo do disposto em 6.1, nos actos realizados em serviços privativos e convencionados a comparticipação do Plano de Saúde será a que seguidamente se indica, salvo se a legislação de saúde estabelecer regimes específicos mais favoráveis para os utilizadores.

6.3.1. Comparticipação no Internamento Hospitalar

Comparticipação do Plano de Saúde em 100% das 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.

6.3.2. Comparticipação na Assistência Ambulatória

- Comparticipação do Plano de Saúde em 100% das despesas elegíveis realizadas, tendo em conta as tabelas mencionadas em 6.1., sem prejuízo do disposto relativamente à cobertura das despesas de transporte;
- Próteses e ortóteses que substituam ou complementem órgãos internos ou externos, bem como dispositivos de correcção ou compensação, são comparticipados em 100% das tabelas mencionadas em 6.1.;
- Próteses estomatológicas são comparticipadas por importância correspondente a 100% do valor fixado, para o efeito, nas tabelas mencionadas em 6.1., à qual será abatida, a partir de 1 de Janeiro de 1998, uma importância correspondente a 5% da tabela em vigor em 1 de Julho de 1997, que constituirá o encargo do beneficiário, o qual não pode ser revisto sem o acordo de todas as ORT'S da PT.

6.3.3. Deslocações

- Comparticipação nas despesas de transporte suportadas pelos beneficiários que, por razões de saúde, tenham de deslocar-se, nos seguintes termos:
 - 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;
 - 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 da 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;
 - 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 100% do custo da 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;
 - Deslocações para Tratamento Ambulatório:
 - Mediante autorização prévia do Director Clínico, sempre que o beneficiário tenha de se deslocar para tratamentos, nomeadamente de quimioterapia, hemodiálise e medicina física e reabilitação consequente de intervenção cirúrgica ou em casos especiais em que tal seja imprescindível para este tipo de actos, a comparticipação do Plano de Saúde, a partir de 1 de Setembro de 1997, será de 100% das despesas de transporte adequadas e necessárias;
 - Outras Deslocações:

- Sempre que o beneficiário-titular necessite, por razões de saúde, de se deslocar para além de 40 Kms, contados a partir dos limites da localidade onde se situe o respectivo local de trabalho, por nessa área ou na área da sua residência não existir possibilidade de acesso aos requeridos cuidados de saúde especializados, devidamente comprovada pelos serviços do Plano, a comparticipação do Plano de Saúde será , a partir de 1 de Setembro de 1997, correspondente a 50% das despesas de transporte colectivo rodoviário ou ferroviário necessárias à deslocação à localidade que, dispondo dos cuidados de saúde requeridos, se situe a menor distância do respectivo local de trabalho ou localidade de residência. Nas mesmas condições e na mesma medida serão comparticipadas as despesas dos beneficiários com idade inferior a 16 anos ou com sérias dificuldades de locomoção, devidamente atestadas pelos serviços do Plano, bem como, nestes dois últimos casos, as de um acompanhante.

6.3.4 Os beneficiários do Plano de Saúde suportarão, relativamente à assistência ambulatoria, o valor correspondente ao das taxas moderadoras do S.N.S. que estiverem em vigor, sem prejuízo das isenções aplicáveis fixadas por lei, abrangendo nomeadamente as seguintes situações:

- as grávidas e parturientes;
- as crianças até aos 12 anos de idade, inclusivé;
- os beneficiários de abono complementar a crianças e jovens deficientes;
- os beneficiários de subsídio mensal vitalício;
- os internados em lares para crianças e jovens privados do meio familiar normal,
- os pensionistas de doença profissional com grau de incapacidade permanente global não inferior a 50%;
- os insuficientes renais crónicos;
- os diabéticos;
- os hemofílicos,
- os parkinsónicos;
- os tuberculosos;
- os doentes com sida e seropositivos;
- os doentes do foro oncológico;
- os doentes paramiloidósicos;
- os doentes de Hansen;
- os doentes com espondilite anquilosante;
- os doentes com esclerose múltipla;
- os doentes mentais crónicos;
- os alcoólicos crónicos e toxicodependentes, desde que estejam inseridos em programas de recuperação no âmbito do recurso a serviços oficiais e com conhecimento da Direcção Clínica da PT-ACS;
- os portadores de doença genética com manifestações clínicas graves;
- os portadores de insuficiência cardíaca congestiva;
- os portadores de cardiomiopatia;
- os portadores de doença pulmonar crónica obstrutiva;
- os portadores de hepatite crónica activa;
- os portadores de cirrose hepática com sintomologia grave;
- os portadores de artrite invalidante;
- os portadores de lúpus;
- os portadores de dermatomiosite;
- os paraplégicos;
- os portadores de miastenia gravis;
- os portadores de doença desmielinizante;
- os portadores de doença do neurónio motor.

6.3.4.1. A partir de 1 Janeiro de 1998 os beneficiários não suportarão qualquer encargo nas consultas médicas realizadas nos Centros Clínicos disponibilizadas pela entidade gestora do Plano de Saúde.

6.3.4.2. Contudo, caso falem sem prévia justificação - que deverá ser efectuada no mínimo, com 24 horas de antecedência, salvo caso de força maior devidamente justificado - às consultas médicas

marcadas para os referidos Centros Clínicos, os beneficiários suportarão o valor de € 1,5 por cada ausência.

6.3.5. Comparticipação na Assistência Medicamentosa (Ambulatória)

A comparticipação do Plano de Saúde na assistência medicamentosa é definida, em função dos diversos escalões de medicamentos aprovados pelo Governo no âmbito do S.N.S., nos seguintes termos:

- Escalão A Comparticipação de 100%;
- Escalão B Comparticipação de 75%, mas não superior em mais de 5% à comparticipação do S.N.S.;
- Escalão C Comparticipação de 75%, mas não superior em mais de 35% à comparticipação do S.N.S..

6.4. Comparticipação no Apoio Psicossocial e Social

Nas situações referidas na alínea b) do ponto 5.4 o apoio poderá consistir numa das seguintes modalidades, conforme prescrição médica:

- Suporte pelo Plano 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;
- Suporte pelo Plano 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.

7. VIOLAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

7.1 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) redução das comparticipações do Plano em 50%, por período não superior a doze meses;
- b) suspensão total das comparticipações do Plano, por período não superior a doze meses;
- c) perda definitiva da qualidade de beneficiário.

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

- a) a não apresentação, salvo motivo devidamente justificado, por parte dos beneficiários, da documentação que lhes fôr solicitada pela entidade responsável pela gestão do Plano de Saúde e que seja necessária para a aferição da correcta utilização dos benefícios do Plano, aferição que, caso se trate de aspectos de índole médica e o beneficiário o solicite, apenas poderá ser feita pelo Director Clínico;
- b) a falta de comparência nos locais indicados, quando solicitada pela referida entidade, 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 do Director Clínico ou do médico por este indicado;
- 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.

7.3 A aplicação de penalidades, no âmbito do Plano de Saúde, será efectuada pela entidade responsável pela gestão do mesmo, após a análise de todas as circunstâncias relevantes, a realização das diligências necessárias ao cabal esclarecimento da situação que esteve na sua origem, incluindo a audição do beneficiário, sendo que a penalidade referida na alínea c) de 7.1. só será aplicada aos beneficiários do Regime Especial.

7.4 Qualquer penalidade aplicada ao beneficiário-titular acarreta as mesmas consequências para os restantes beneficiários que façam parte do mesmo agregado familiar.

7.5 A entidade responsável pela gestão 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 seis meses, das participações do Plano, relativamente a qualquer beneficiário que viole os princípios e disposições deste Plano.

7.6 Durante o período de redução ou suspensão das participações previsto nas alíneas a) e b) do ponto 7.1, mantém-se a obrigação de pagamento das contribuições ou quotas.

7.7 No caso de um beneficiário-titular no activo incorrer comprovadamente em alguma das infracções previstas nas alíneas c), d) e e) do ponto 7.2, a entidade responsável pela gestão do Plano, em alternativa à aplicação de alguma das penalidades referidas em 7.1, poderá comunicar à Empresa a infracção cometida pelo mesmo, para efeito do exercício do competente poder disciplinar.

8. Créditos

8.1. Caso não beneficiem do apoio referido na alínea a) do ponto 5.4, os beneficiários do Regime Geral do Plano de Saúde podem solicitar que o pagamento da importância correspondente à taxa moderadora ou à participação em próteses estomatológicas prevista em 6.3.2. seja feito a crédito, desde que tal importância seja superior a € 7,48 (valor actualizado de acordo com as alterações que vierem a ser introduzidas nas taxas moderadoras do SNS) e os actos clínicos em questão se realizem no âmbito da rede privativa ou convencionada.

8.2. Os valores em dívida para com o Plano de Saúde, serão liquidados mensalmente até ao limite de 10% da retribuição mensal total do beneficiário-titular.

9. Disposições Transitórias

9.1. Sem prejuízo do disposto nos pontos 2.2.1, 2.2.1.1, 2.2.1.2 e 2.2.1.3, os benefícios previstos neste Plano para os respectivos beneficiários só serão assegurados de forma alternativa aos disponibilizados pelo sistema de saúde base relativamente aos beneficiários cujas despesas de saúde suportadas pela Empresa sejam devidamente co-financiadas pelo Orçamento de Estado ou pelos Orçamentos Regionais, através de participação ajustada que constitua receita da PT-Comunicações ou da PT-ACS.

9.2. Relativamente aos beneficiários em relação aos quais tal co-financiamento não se verifique, os benefícios previstos neste Plano deverão ser assegurados em complementaridade com os do respectivo sistema de saúde base, incluindo, nomeadamente, os Serviços Regionais de Saúde.

9.3. Os beneficiários-titulares que adiram ao Plano de Saúde até ao trigésimo dia posterior à sua admissão na PT-Comunicações, S.A., ficam dispensados do período de carência referido em 3.2..

9.4. Ficam dispensados do período de carência referido em 3.2 os familiares dos beneficiários-titulares que só venham a ficar abrangidos pela previsão normativa constante dos pontos 2.1 e 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 respectiva inscrição como beneficiário do Plano de Saúde.

9.5. Os familiares dos beneficiários-titulares que em 1 de Julho de 1995 fossem legítimos beneficiários de algum dos regimes de saúde aplicáveis na PT-Comunicações, S.A., estão dispensados, caso se encontrem actualmente inscritos no Regime Especial do Plano de Saúde, do pagamento da quota referida em 4.2 se, no âmbito do anterior regime de saúde, nenhuma contribuição lhes vinha sendo

exigida e enquanto perdurarem as condições que tenham regulamentarmente determinado tal situação.

9.5.1. As inscrições dos beneficiários do Plano de Saúde referidas em 9.5 estão dependentes de o respectivo beneficiário-titular, caso não tenha falecido, estar inscrito no Regime Geral do Plano de Saúde.

9.5.2. A dispensa do pagamento de quota dos beneficiários que se inscreverem neste Plano invocando a aplicabilidade do antigo ponto 9.6 do Plano (actual ponto 9.5) de Saúde só aproveitará, sem prejuízo do disposto no ponto 9.5.5., aos beneficiários que até 30 de Outubro de 1997 tivessem feito prova, perante a entidade gestora do Plano de Saúde, que reuniam as condições seguintes:

Oriundos do IOS/CTT

- Pais do beneficiário-titular – desde que não recebam pensões de montante superior ao ordenado mínimo nacional e apenas sejam abrangidos pelo S.N.S. ou A.D.S.E.;
- Cônjuge do beneficiário-titular – desde que não exerça profissão remunerada e apenas seja abrangido pelo Serviço Nacional de Saúde (S.N.S.) ou desde que aufera ou tenha auferido de rendimentos de trabalho e o respectivo agregado familiar não possua rendimento superior a dois ordenados mínimos nacionais.

Oriundos da CPPTLP

Familiares inscritos até Julho de 1986:

- Ascendentes do beneficiário-titular – desde que o beneficiário-titular tivesse direito a receber, em função dos mesmos, abono de família e, a partir de 1 de Julho de 1978 (data em que o referido benefício foi extinto), se tal situação se continuasse a verificar- Decreto-Lei nº 180-D/78;
- Cônjuges do beneficiário-titular – desde que não tenham direito a assistência médica e medicamentosa através de outras instituições de Previdência/Serviço Nacional de Saúde;

Familiares inscritos a partir de Julho de 1986:

- Cônjuge do beneficiário-titular – desde que nunca tivesse contribuído para outro sistema ou subsistema de Segurança Social, nem recebam pensão de reforma por velhice ou invalidez.

Oriundos da Ex-TDP

- Ascendentes do beneficiário-titular – desde que dependam economicamente do beneficiário-titular e não disponham de rendimento superior ao ordenado mínimo nacional;
- Cônjuge do beneficiário-titular – desde que não esteja empregado ou, caso o esteja, só tenha direito ao S.N.S..

9.5.3. Os beneficiários actualmente inscritos ao abrigo do ponto 9.6. do Plano (actual ponto 9.5) e que não preencham as condições acima mencionadas manter-se-ão no Plano de Saúde ao abrigo do Regime Especial, mas pagando a quota correspondente ao respectivo nível etário do Escalão I do Regime Especial.

9.5.4. Os cônjuges dos beneficiários-titulares que façam prova de não dispôr de rendimentos (de trabalho ou outros) superiores ao ordenado mínimo nacional ficarão abrangidos pelo Regime Geral.

9.5.5. Os beneficiários inscritos actualmente ao abrigo do ponto 9.6. (actual ponto 9.5) e que, em 31 de Dezembro de 1997, tenham mais de 65 anos, aplicar-se-á o disposto seguidamente:

se o beneficiário-titular estiver inscrito no Regime Geral, os beneficiários em causa não suportarão qualquer quota;

se o beneficiário-titular tiver falecido, ou a partir do momento em que tal evento ocorra, o beneficiário passará a pagar uma contribuição mensal de €2,49, se os seus rendimentos forem superiores ao ordenado mínimo nacional e caso sejam cônjuges do beneficiário-titular falecido, ou de 1.5% sobre a

remuneração e/ou pensão(ões) auferida(s) no caso de não serem cônjuges do beneficiário-titular falecido, salvo se estiverem em situação de precaridade económica devidamente verificada pelo Gabinete de Apoio Psicossocial da entidade gestora do Plano.

9.5.6. Os beneficiários com menos de 65 anos em 31 de Dezembro de 1997 e regularmente inscritos actualmente ao abrigo do ponto 9.6. (actual ponto 9.5) do Plano de Saúde, pagarão, se o beneficiário-titular tiver falecido, uma quota correspondente a 1.5% sobre a pensão de sobrevivência, incluindo complemento, se esta for superior ao salário mínimo nacional e inferior a dois salários mínimos nacionais, ou, sendo superior a dois salários mínimos nacionais, a quota correspondente ao respectivo nível etário do Escalão I do Regime Especial.

9.5.7. Aos beneficiários inscritos ao abrigo do ponto 9.6. (actual ponto 9.5) do Plano de Saúde é integralmente aplicável o regime de complementaridade previsto nos pontos 2.2.1.1, 2.2.1.2 e 2.2.1.3 do Plano, pelo que os beneficiários-titulares são obrigados a comunicar se tais beneficiários dispõem de qualquer regime específico ou subsistema de saúde.

10.CASOS OMISSOS

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