

Manual de Utilização do Seguro de Saúde MGEN

mgen[★]

GRUPE **vyv**

1. Boas Vindas

2. MGEN Digital

2.1. My MGEN

2.2.1. Registrar-se e Aceder

2.2.2. Submeter um pedido de ajuda/ticket

2.2.3. Recuperar password

3. O meu cartão de saúde

3.1. Os dados do meu cartão

3.2. Utilizar o cartão numa unidade de saúde (dentro da Rede de Prestadores)

3.3. Pedir a 2ª via do cartão

4. As minhas coberturas

4.1. O que são períodos de carência

4.2. Que períodos de carência se aplicam ao meu contrato

4.3. Como interpretar coberturas e capitais

4.4. Como consultar o limite de capital anual

4.5. O que são copagamentos e reembolsos

4.6. O que são franquias

5. Como aceder à rede de prestadores AdvanceCare

5.1. Pesquisar um médico

5.2. Marcar uma consulta

5.3. Utilizar o seguro no parto

6. Como submeter despesas

- 6.1. Registo no portal AdvanceCare
- 6.2. Submeter uma despesa para reembolso
- 6.3. Prazo para submissão de despesas
- 6.4. Gestão de Pedidos de Reembolso

7. Como utilizar os serviços de Medicina Online

- 7.1. SMP – Serviço Médico Permanente
- 7.2. KNOK

8. Como fazer alterações à minha apólice

- 8.1. Pedidos de inclusão/exclusão de pessoas seguras

9. Contactos

10. Glossário

1. Bem-vindo à MGEN

Queremos dar-lhe as boas-vindas enquanto Pessoa Segura na MGEN. Fazer parte de um seguro de saúde MGEN é entrar para uma família que protege os seus e que faz da sua saúde, a saúde de todos. **MGEN** é do **STI**.

Este manual de utilizador tem por objetivo ajudá-lo a utilizar o seu seguro de saúde. Para aceder ao seu Plano de Saúde [clique aqui](#).

O seu seguro é válido em Portugal Continental e Ilhas nas condições previstas no artigo 26.º das Condições Gerais, disponíveis [aqui](#).

No estrangeiro, o seguro de saúde é válido apenas em caso de acidente ou doença súbita (qualquer doença que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio), quando a Pessoa Segura se encontrar no estrangeiro por um período não superior a noventa dias.

O presente manual não dispensa a leitura das Condições Gerais, Especiais e Particulares aplicáveis ao seu contrato de seguro.

2. MGEN Digital

O site da MGEN está disponível através do seguinte endereço – www.mgen.pt – aqui encontra todas as informações sobre a MGEN e consegue aceder à sua área pessoal.

2.1. My MGEN

Na sua área reservada My MGEN pode, de forma rápida e cómoda, consultar as suas coberturas, aceder à rede médica, consultar os seus reembolsos e enviar tickets/pedidos de ajuda à MGEN.

My MGEN está acessível diretamente através do site (no canto superior direito e no rodapé) ou através do seguinte link: my.mgen.pt.

2.2.1 Registrar-se e Aceder a My MGEN

PASSO 1

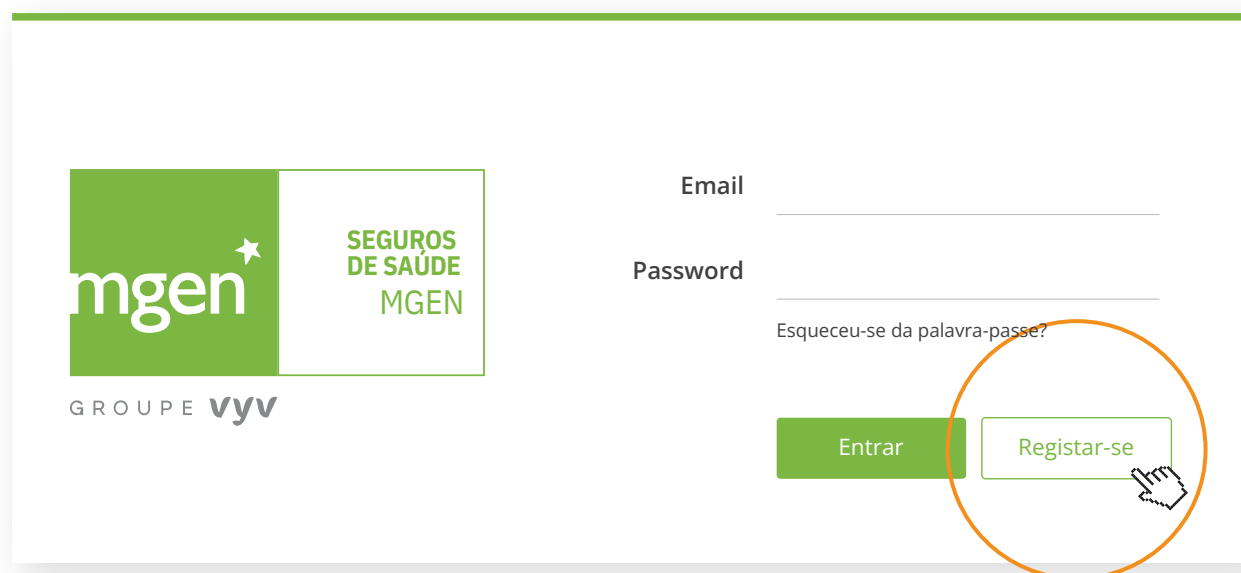
Para se registrar aceda ao site: www.mgen.pt e clique no topo do lado direito, na caixa verde, com a designação “My MGEN”.



Figura 1.

PASSO 2

De seguida, selecione a opção “Registrar-se”:

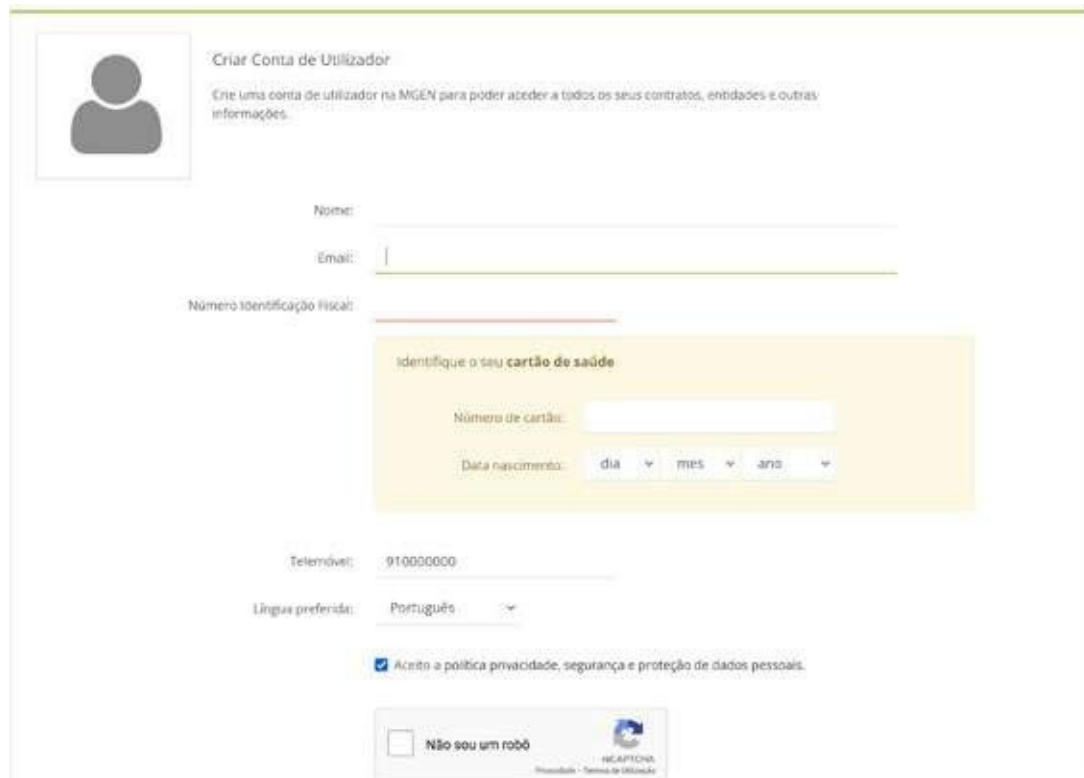


The screenshot shows the MGEN login and registration interface. On the left, there is a logo consisting of a green square with the word 'mgen' and a star, followed by the text 'SEGUROS DE SAÚDE MGEN' and 'GROUPE vyv'. On the right, there are two input fields labeled 'Email' and 'Password'. Below the 'Password' field is a link that says 'Esqueceu-se da palavra-passe?'. At the bottom, there are two buttons: a green button labeled 'Entrar' and a white button with a green border labeled 'Registrar-se'. The 'Registrar-se' button is circled in orange, and a hand cursor is pointing at it.

Figura 2.

PASSO 3

Depois de selecionada a opção “Registrar-se” será reencaminhado para a opção “Criar conta”, onde deverá preencher os seus dados (nome, e-mail, NIF, telemóvel e idioma):



Criar Conta de Utilizador

Crie uma conta de utilizador na MGEN para poder aceder a todos os seus contratos, entidades e outras informações.

Nome:

Email:

Número identificação fiscal:

Identifique o seu cartão de saúde

Número de cartão:

Data nascimento: dia mes ano

Telemóvel:

Língua preferida:

☒ Aceito a política privacidade, segurança e proteção de dados pessoais.

☐ Não sou um robô

Figura 3.

Quando terminar de preencher os seus dados aparece a seguinte mensagem. Para terminar o registo deverá consultar o seu e-mail.

Foi enviado um email para: o seu email
Verifique o seu email para continuar.

Figura 4.

PASSO 4

Ao consultar o e-mail com o qual realizou o registo deverá ter recebido a seguinte mensagem:

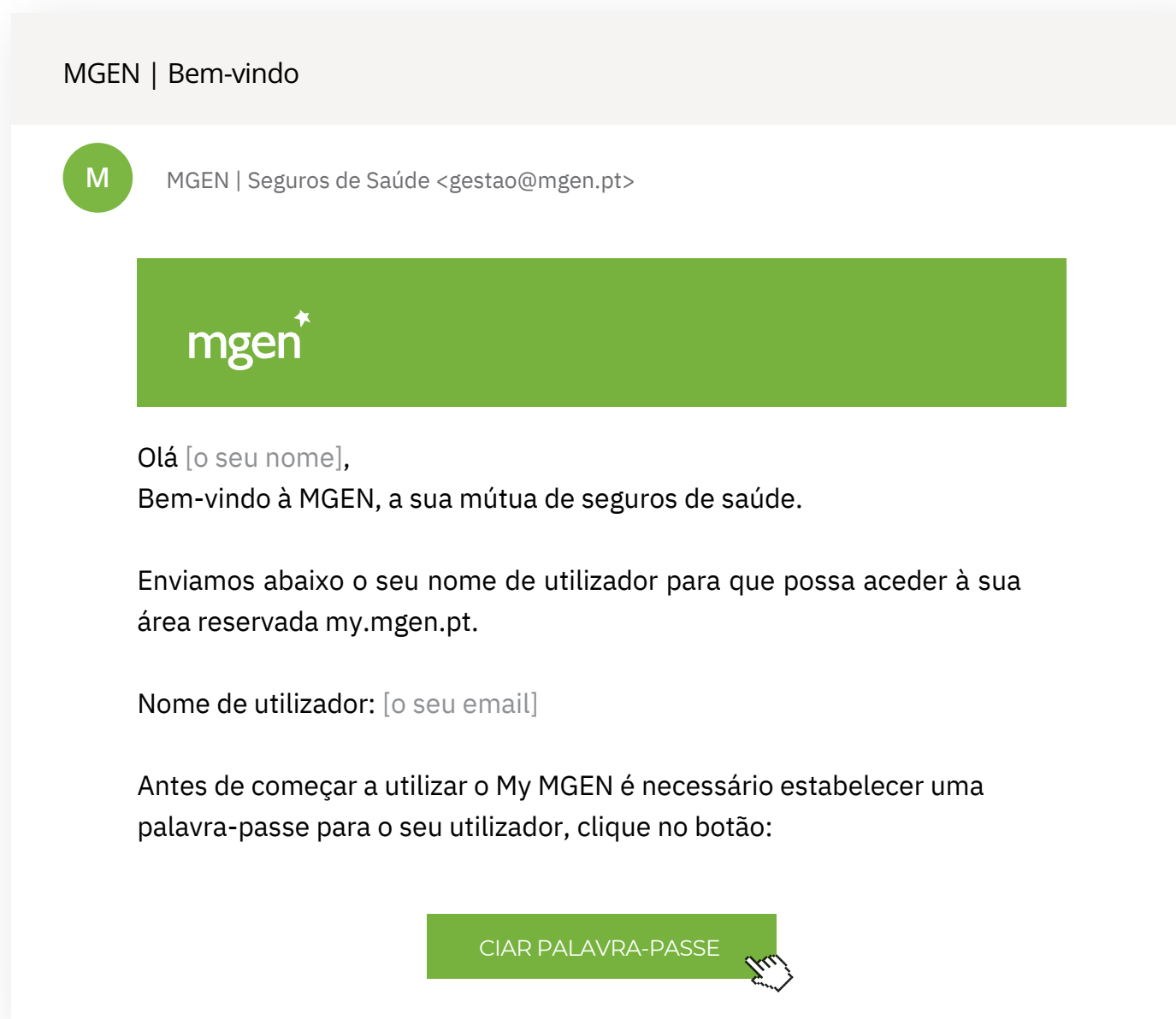


Figura 5.

O nome de utilizador será o endereço de e-mail que registou nos dados pessoais (passo 3).

PASSO 5

De seguida, deve clicar em “Criar palavra-passe” para que possa escolher uma palavra-passe para a sua conta:

Olá o seu nome

Precisamos que indique uma palavra-pase de acesso ao My MGEN.

Indique por favor uma palavra-passe para a conta de utilizador: o seu email

Nova Palavra-Passe:

Confirmar Palavra-Passe:

A palavra-passe deverá conter pelo menos 10 caracteres, maiúsculas ou miúsculas, números e pelo menos um caractere não alfanumérico, como por exemplo: !, %, #, etc. Depois de alterar a sua palavra-passe guarde-a consigo num local seguro.

Figura 6.

PASSO 6

Depois de concluídos estes passos, o Aderente entra na sua área reservada enquanto Tomador ou Pessoa Segura, de acordo com o NIF inserido no registo (passo 3, acima referido).

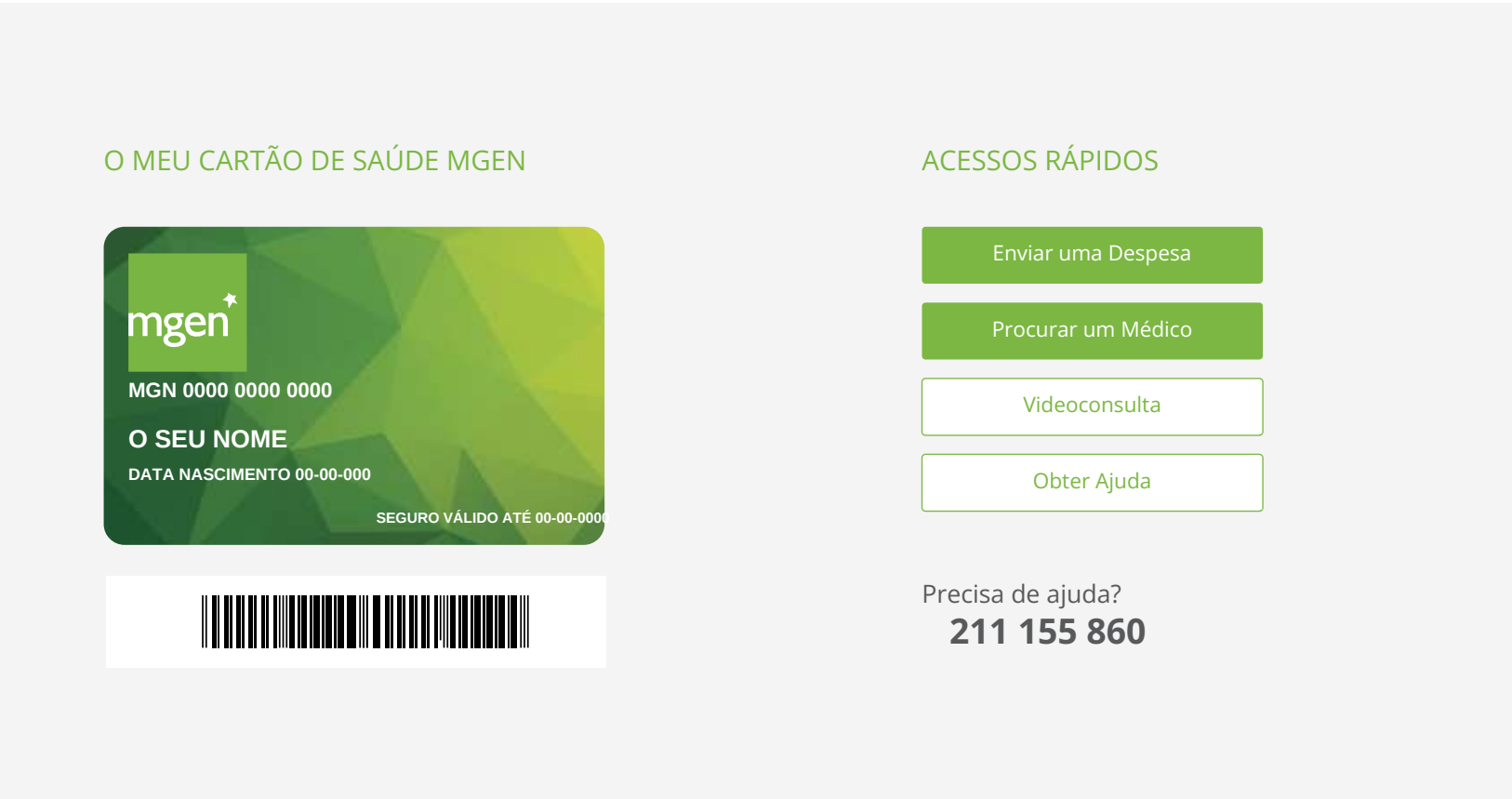


Figura 7.

2.2.2. Submeter um pedido de ajuda/ticket

Acendo a my.mgen.pt pode submeter um ticket/pedido de ajuda, sempre que precisar de entrar em contacto com a MGEN ou esclarecer alguma dúvida. Para tal, depois de efetuar o login na sua conta My MGEN basta escolher a opção “Obter Ajuda”, do lado direito do ecrã (figura 8):

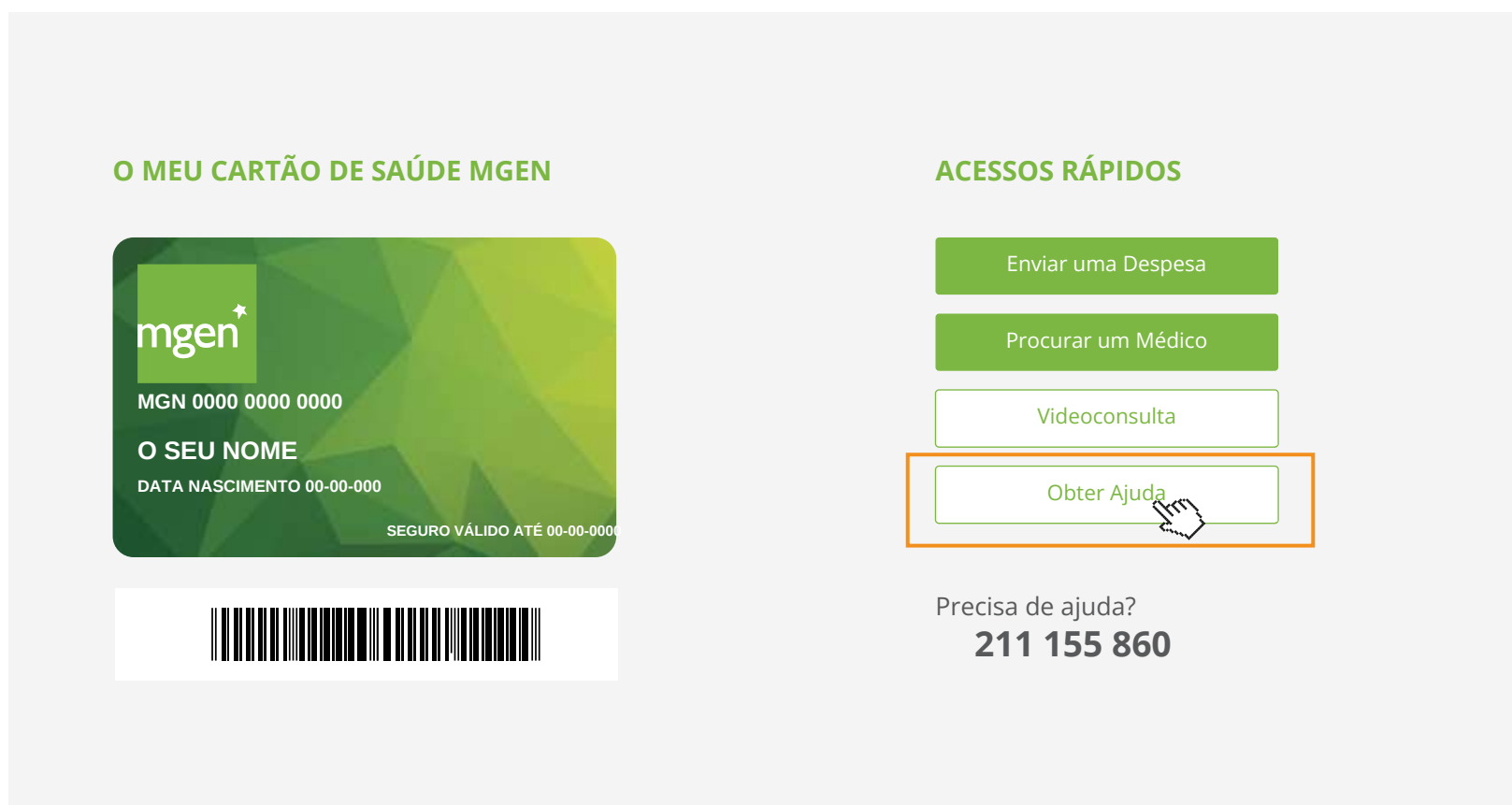


Figura 8.

Após clicar em “Obter Ajuda” deve selecionar uma das seguintes opções disponíveis (figura 9):

Estamos aqui para ajudar.

Escolha o tópico que melhor se adequa à sua situação:

Tópico:

(escolha uma opção)

(escolha uma opção)

- Gestão de Contratos
- Pagamentos e Prêmios
- Reembolsos
- Rede Médica e Autorizações
- Simulações de Seguro
- Propostas de Seguro
- Reclamação
- Outras Questões

Figura 9.

Deve selecionar o tópico mais adequado à sua questão de forma a direcionar o seu pedido ao Departamento competente.

Após submeter o pedido, o mesmo será respondido com a maior brevidade possível pela equipa MGEN.

2.2.3. Recuperar password

Acedendo à sua área reservada My MGEN pode recuperar a sua password seleccionando a opção “Esqueceu-se da sua palavra-passe”. Ser-lhe-á enviado um email através do qual deve definir uma nova palavra-passe.



The screenshot displays the My MGEN login interface. On the left, the MGEN logo is shown with the text 'SEGUROS DE SAÚDE MGEN' and 'GROUPE vyv' below it. The main form area contains an 'Email' field with the placeholder 'exemplo@mail.pt' and a 'Password' field represented by a series of dots. Below the password field, a link labeled 'Esqueceu-se da palavra-passe?' is highlighted with an orange border and a mouse cursor. At the bottom of the form, there are two buttons: 'Entrar' (solid green) and 'Registar-se' (outlined green).

Figura 10.

3. O meu cartão de saúde

3.1. Os dados do meu cartão

O cartão de saúde MGEN é válido enquanto a apólice estiver em vigor e a Pessoa Segura incluída no contrato. Isto significa que não é enviado um novo cartão (físico) sempre que a apólice é renovada. Todas as interações são feitas com o cartão que recebeu no momento da subscrição.

Existem duas formas de ter acesso aos dados do seu cartão: ou através do cartão físico que lhe é enviado por carta após a subscrição ou através da área My MGEN acedendo ao separador “Cartões”.

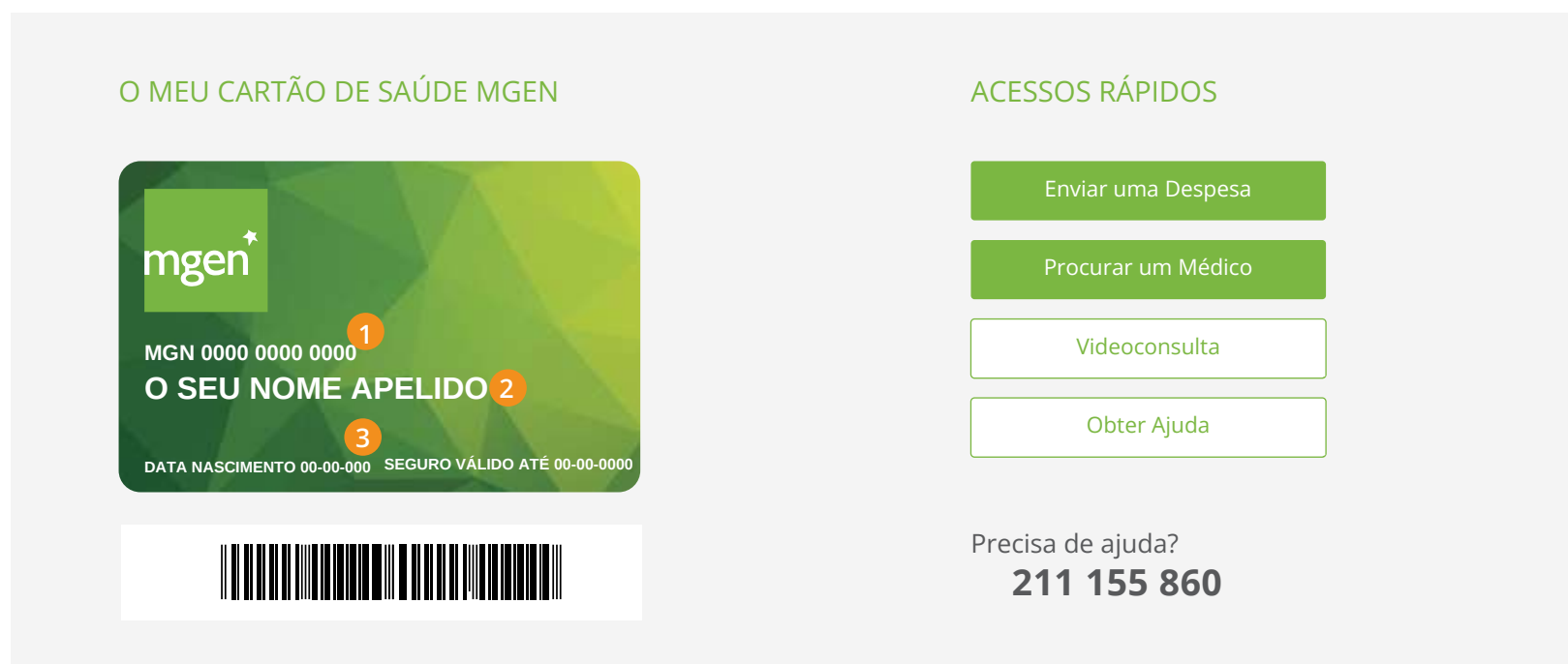


Figura 11.

No seu cartão físico e digital tem acesso aos seguintes dados:

- 1 ID Informação mais importante do cartão que identifica a pessoa segura e respetiva apólice
- 2 Nome da Pessoa Segura, titular do cartão
- 3 Data de nascimento da Pessoa Segura, titular do cartão

3.2. Utilizar o cartão numa unidade de saúde

Sempre que se dirigir a um hospital ou clínica convencionados na Rede de Prestadores AdvanceCare deverá apresentar o seu cartão de saúde MGEN ou indicar o ID de Pessoa Segura que está no cartão, permitindo-lhe usufruir das condições previstas no seu contrato de seguro.

Quando o atendimento médico é realizado numa unidade fora da rede convencionada não existe necessidade de mostrar o cartão, pois deve efetuar a liquidação total da despesa e solicitar o respetivo reembolso de acordo com as condições do seu seguro.

Numa unidade de saúde convencionada na rede, e caso não tenha o cartão físico consigo, pode fazer o login na sua área pessoal My MGEN e aceder ao(s) seu(s) cartões (figura 11). O mais importante é conseguir fornecer o seu número de ID (figura 11, número 1) pois essa é a informação que permite que seja identificado como Pessoa Segura de uma determinada apólice.

3.3. Pedir uma segunda via do cartão

No caso de ter perdido ou danificado o seu cartão pode pedir uma segunda via submetendo um pedido através da plataforma My MGEN selecionando a opção “Outras questões” da figura 9. Pode igualmente enviar um email para gestao@mgen.pt a solicitar um novo cartão.

4. As minhas coberturas

4.1. O que são períodos de carência

O período de carência é o período de tempo entre a data de adesão da Pessoa Segura e o momento em que pode usufruir de determinada cobertura conforme quadro de garantias da sua apólice.

Ou seja, as garantias do seguro em relação às Pessoas Seguras apenas se aplicam após decorridos os períodos de carências definidos nas diferentes circunstâncias previstas no n.º 1.º do artigo 4.º das Condições Gerais.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

A entrada em vigor das garantias, em relação às Pessoas Seguras, verificar-se-à depois de decorrido o período de carência para cada uma das garantias indicadas:

Carências por Garantia	Nº de dias
Hospitalização	90
Assistência Ambulatória	90
Estomatologia	90
Próteses e Ortóteses	90
Medicamentos	90

Carências por Garantia	Nº de dias
Litotrícia renal	365
Intervenção cirúrgica do foro ginecológico por patologia benigna	
Hemorroidectomia	
Masectomia por patologia benigna	
Tireoidectomia por patologia benigna e colecistectomia	
Rinosseptoplastia e septoplastia	
Amigdalectomia, adenoidectomia e miringotomia	
Cirurgia artroscopia ou artrotomia	
Tratamento cirúrgico de hérminas	
Varizes	
Roncopatia apneia do sono e terapia do sono	
Tratamentos e cirurgias oculares	

PERÍODOS DE CARÊNCIA

As Pessoas Seguras que se encontrem numa das seguintes situações não estão sujeitas à aplicação dos períodos de carência:

- :: Acidente que requeira de urgência em hospital.
- :: Doença súbita que implique tratamamento hospitalar urgente.
- :: Na transferência de seguro para os capitais e garantias subscritos na apólice anterior.
- :: Para familiares incluídos por motivo de casamento, nascimento ou adoção há menos de 60 dias.

Exceto nas situações em que a Pessoa Segura tenha tido um seguro anterior que garanta as patologias a seguir mencionadas, aplicar-se-ão sempre os seguintes períodos de carência:

Carências por Garantia	Nº de dias
Doenças graves	365
Doença e acidente pré-existente	
Doença do foro psiquiátrico	
Transplantes	
Doença crónica	
Doença ou patologia provocada por malformação congénita	
Tratamentos resultantes da infeção do vírus HIV/SIDA	
Patologias hepáticas	
Tratamentos de hemodiálise	
Cuidados continuados e cuidados paliativos	
Doenças epidémicas oficialmente declaradas	
Cirurgia e atos médicos no tratamento da obesidade mórbida	
Lesões resultantes de calamidades naturais, terrorismo e atos de guerra	

Durante o período de carência tem acesso à Rede de Prestadores, aplicando-se os preços convencionados.
Consultar: n.º 1 do artigo 4.º das Condições Gerais

4.2. Que períodos de carência se aplicam ao meu contrato

Para saber os períodos de carência a que poderá estar sujeito o seu contrato de seguro pode consultar o separador “os meus dados” disponível na sua área pessoal My MGEN (figura 12).



Figura 12.

Não serão aplicados Períodos “normais”* de Carência nas seguintes situações:

Transferências – Pessoas que sejam transferidas de outros planos/seguros de saúde;

Agregado familiar – Adesões em simultâneo com o sócio ou dentro do prazo de 60 dias da data de admissão ou renovação da apólice.

Cônjuges – Desde que incluídos na mesma data de admissão do Sócio, ou nos 60 (sessenta) dias subsequentes à data do casamento, excetua-se desta regra a cobertura de parto quando em situação de condição pré-existente;

Filhos – Desde que incluídos na mesma data da admissão do Sócio, ou quando incluídos no prazo máximo de 60 (sessenta) dias após a data de nascimento ou adoção;

Novos Sócios – desde que a data de adesão do sócio ao seguro de saúde em vigor seja a mesma que a data de admissão de sócio do STI;

Outros: Para reinclusões de Sócios + Agregados Familiares posteriores à data de início do presente Contrato e dentro do período previsto para o efeito, até 60 dias da data aniversário da apólice, têm de ser previamente identificadas pelo STI e comunicadas à MGEN. Para estes casos, as coberturas/garantias do seguro de saúde STI começarão a produzir efeitos após o termo do Período de Carência indicado para cada uma das coberturas, assim como, os períodos de carência alargados previstos nas Condições Gerais.

*períodos de carência previstos nas alíneas a e b do ARTIGO 4.º - Período de Carência e Entrada em Vigor das Garantias das CG's.

4.3. Como interpretar coberturas/garantias e capitais

Os seguros de saúde contemplam uma série de coberturas/garantias.

Quantas mais coberturas tiver na sua apólice, maior será a segurança e oferta de cuidados de saúde. Pode consultar as coberturas do seu contrato através da sua área pessoal My MGEN, acedendo ao separador “o meu seguro” (figura 12).

 Hospitalização – Cobertura que dá acesso à prestação de cuidados de saúde realizados em ambiente hospitalar e com internamento por um período igual ou superior a 24 horas. Nesta cobertura estão incluídas algumas despesas, tais como a diária hospitalar da Pessoa Segura, honorários médicos, pequenas cirurgias, exames auxiliares de diagnóstico (quando prescritos e realizados durante o internamento) internamento em unidades de cuidados intensivos, entre outras (Consultar Artigo 1.º das Condições Especiais).

Ambulatório - Cobertura que dá acesso a consultas de especialidade, tratamentos de Medicina Física e Reabilitação, honorários de consultas de psicologia, exames auxiliares de diagnóstico e tratamento que não exijam internamento, entre outros (Consultar Artigo 2.º das Condições Especiais).

Parto – Cobertura que prevê a comparticipação de despesas relacionados com o parto, estando cobertas a cesariana e a interrupção espontânea de gravidez (Consultar Artigo 6.º das Condições Especiais).

- 🦷 Estomatologia – Cobertura que dá acesso a consultas e tratamentos de Medicina Dentária (Consultar Artigo 3.º das Condições Especiais).
- 🕶️ Próteses e Ortóteses - Esta cobertura prevê a comparticipação de despesas relacionadas com a aquisição ou aluguer de aparelhos que substituem um membro ou um órgão (próteses) e auxiliares de uma função (ortóteses) quando são prescritas por um médico. São exemplos destas: armações quando adquiridas com as respetivas lentes graduadas, lentes graduadas, lentes de contacto graduadas (exceto líquidos de manutenção), próteses ou ortóteses auditivas, oculares e ortopédicas e a aquisição ou aluguer de cadeiras de rodas e camas articuladas. (Consultar Artigo 4.º das Condições Especiais)

Medicamentos - Esta cobertura prevê a compartição de despesas relacionadas com medicamentos (Consultar Artigo 5.º das Condições Especiais).

Os capitais estão definidos por cobertura/garantia e dizem respeito a valores definidos por ano, por Pessoa Segura e que renovam anualmente sem acumular.

4.4. Como consultar o limite de capital anual

O limite de capital anual corresponde ao valor máximo por ano e por Pessoa Segura que a MGEN se compromete a pagar pelos atos médicos realizados naquela anuidade do contrato. Ou seja, o limite de capital anual refere-se ao valor máximo que a seguradora comparticipa.

Estes limites podem ser consultados na sua área pessoal My MGEN, no separador “o meu seguro” (figura 12).

O quadro do plano de garantias, apresentado na sua área pessoal, deve ser interpretado por Pessoa Segura, uma vez que, o limite do capital anual é definido de forma singular, por ano, renova anualmente, mas não de forma cumulativa. Os limites de capital anual podem ser consultados na coluna da direita.

4.5. O que são copagamentos e reembolsos

Os copagamentos são aplicados para despesas dentro da rede. Neste caso, o valor da consulta ou procedimento médico é dividido entre a seguradora e a Pessoa Segura. Ou seja, no momento do pagamento só lhe será cobrada uma parte do valor, que corresponde a uma percentagem ou montante tabelado, que é o copagamento. O copagamento diz respeito ao custo que fica a cargo da Pessoa Segura.

O reembolso aplica-se a despesas fora da rede, sendo sempre necessário que a Pessoa Segura pague primeiro a totalidade da despesa.

Posteriormente, para receber a devolução de uma percentagem do valor, deve enviar à seguradora o comprovativo da despesa realizada e respetiva documentação de suporte (exemplo, prescrição médica, relatório médico), quando assim o ato o requeira.

4.6. O que são franquias e onde as posso consultar no meu contrato

A franquia diz respeito ao montante fixo ou percentagem das despesas médicas que ficam a cargo da Pessoa Segura e que é devida até ao limite definido para essa franquia antes das garantias da cobertura em questão entrarem em vigor. A franquia é cobrada por ano ou por ato médico de acordo com as garantias do contrato de seguro.

Pode adicionalmente estar prevista a aplicação de uma franquia majorada na primeira anuidade do contrato no âmbito da cobertura de hospitalização. Deve verificar no seu plano de garantias em my.mgen.pt se esta condição adicional é aplicável. Assim, no caso de ser ativada a garantia de hospitalização, no decurso da primeira anuidade, ficará a cargo da Pessoa Segura 30% do valor da despesa em hospitalização, com um mínimo de 500€, exceto no caso de pequenas cirurgias e parto.

A franquia por cobertura e a franquia majorada da primeira anuidade podem ser consultadas no quadro de garantias, disponível na sua área pessoal My MGEN, no separador “o meu seguro”.

5. Como aceder à rede de prestadores AdvanceCare

5.1. Pesquisar um médico dentro da rede

Para pesquisar um médico dentro da rede de prestadores AdvanceCare deverá aceder à sua área pessoal My MGEN, disponível aqui, e seleccionar a opção “Procurar um médico” (figura 13).

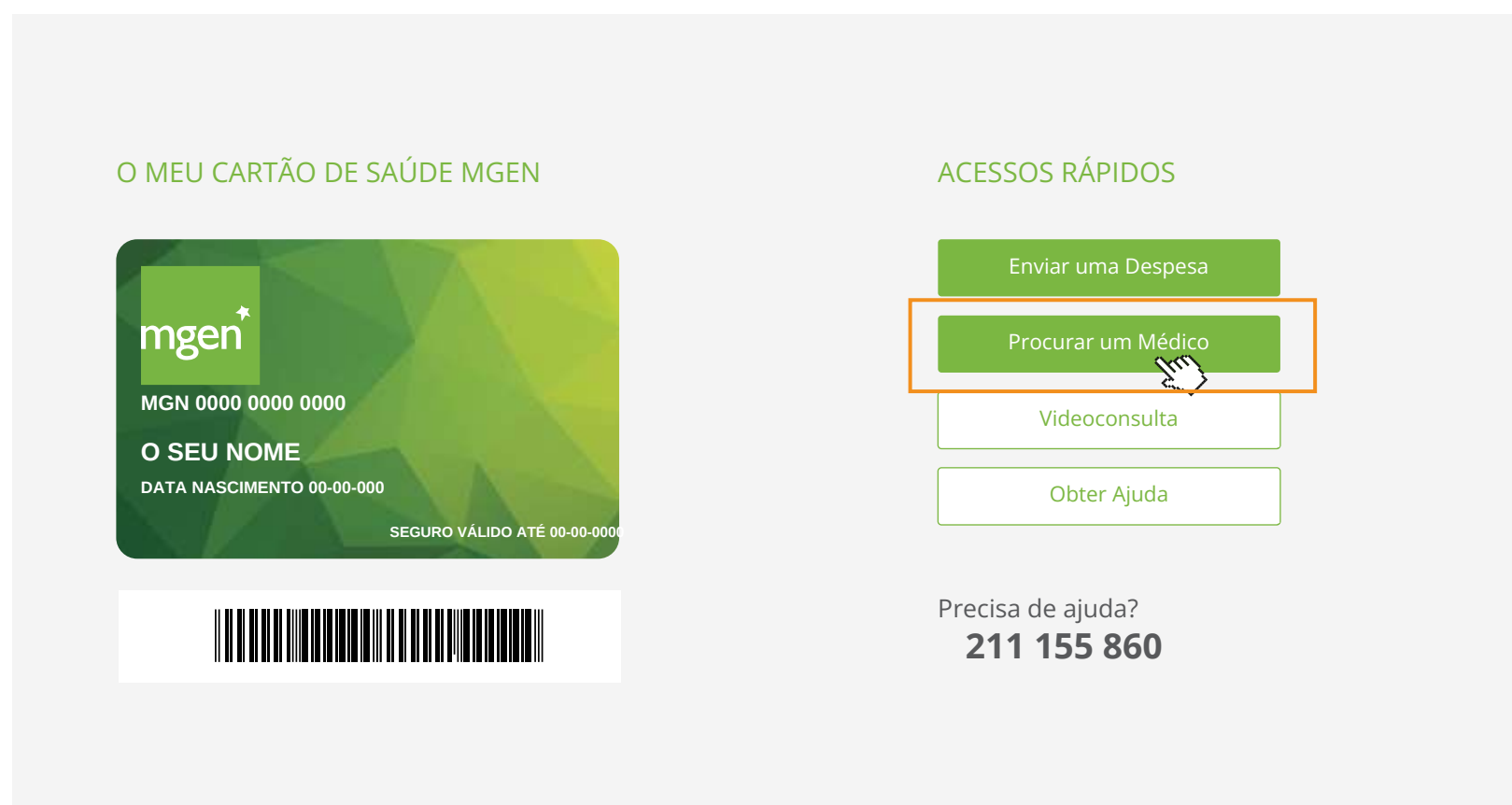


Figura 13.

Depois de selecionar “Pesquisar um Médico” aparece a seguinte opção (figura 14) através da qual deve escrever a especialidade médica que procura e respetiva localidade. Pode ainda utilizar os filtros para uma pesquisa mais personalizada.

Preciso de **Médico**

The screenshot displays a search interface for finding a specialist. At the top, the heading "Encontre o especialista que precisa" is followed by a descriptive text: "Aqui poderá pesquisar de forma bastante simples todos os serviços de saúde de que necessita no dia-a-dia, sempre com a garantia de qualidade da AdvanceCare." Below this, there is a search input field containing the example text "Ex: Cardiologia em Lisboa" and a blue "Pesquisar" button. To the right of the input field is a network diagram with a central white circle containing a blue heart icon, connected to five surrounding circles: a blue circle with a stethoscope, a blue circle with an eye, a red circle with a person icon, a blue circle with a tooth, and a blue circle with a heart. Below the search section, the heading "Sugestões de pesquisas" is followed by four rectangular buttons: "Video Consulta", "COVID-19", "Pediatria", and "Análises Clínicas".

Encontre o especialista que precisa

Aqui poderá pesquisar de forma bastante simples todos os serviços de saúde de que necessita no dia-a-dia, sempre com a garantia de qualidade da AdvanceCare.

Ex: Cardiologia em Lisboa

Pesquisar

Sugestões de pesquisas

Video Consulta COVID-19 Pediatria Análises Clínicas

Figura 14.

5.2. Marcar uma consulta

Depois de efetuada a pesquisa do médico, para marcar uma consulta basta utilizar as informações de contacto do respetivo médico ou unidade de saúde (figura 15).

Sempre que realiza uma marcação é importante referir que usufruí de um seguro de saúde MGEN disponibilizando o ID do seu cartão (número 1 da figura 11), de forma que sejam aplicados os valores convencionados. Deverá igualmente verificar se todos os atos médicos e os prestadores selecionados estão convencionados.



Figura 15.

5.3. Utilizar o seguro no parto

Está garantido o pagamento das despesas relacionadas com o parto (normal ou cesariana), até aos limites fixados nas Condições Particulares. Não estão cobertas despesas com acompanhantes ou quaisquer outras de natureza particular. Apenas são elegíveis gravidezes com início de gestação atestado medicamente, em data posterior à inclusão da Pessoa Segura na apólice.

Para incluir o recém-nascido no contrato de seguro deve comunicar essa intenção à MGEN até 60 dias após o nascimento, para que o recém-nascido possa ser incluído sem carências.

Para tomar conhecimento da cobertura de parto consulte o Artigo 6.º das Condições Especiais (página 19).

6. Como submeter despesas

As despesas podem ser submetidas online, através da APP My AdvanceCare ou, por correio, acompanhadas por um Pedido de Reembolso, que poderá obter [aqui](#).

Caso opte por remeter as despesas, por correio, poderá fazê-lo para o seguinte endereço:

MGEN/AdvanceCare

Apartado 2227

1106-001 Lisboa

Submetendo as despesas pela APP ou através do site é dispensado o envio através de correio, contudo, a MGEN poderá solicitar os originais ou cópia desses documentos se tal se verificar necessário.

6.1. Registo no portal AdvanceCare

Para efetuar o registo no portal deve aceder a <https://advancecare.pt/para-si>. Em seguida deve selecionar, no canto superior direito, a opção “My AdvanceCare” e no quadro seguinte, selecionar “Clientes” (figura 16).

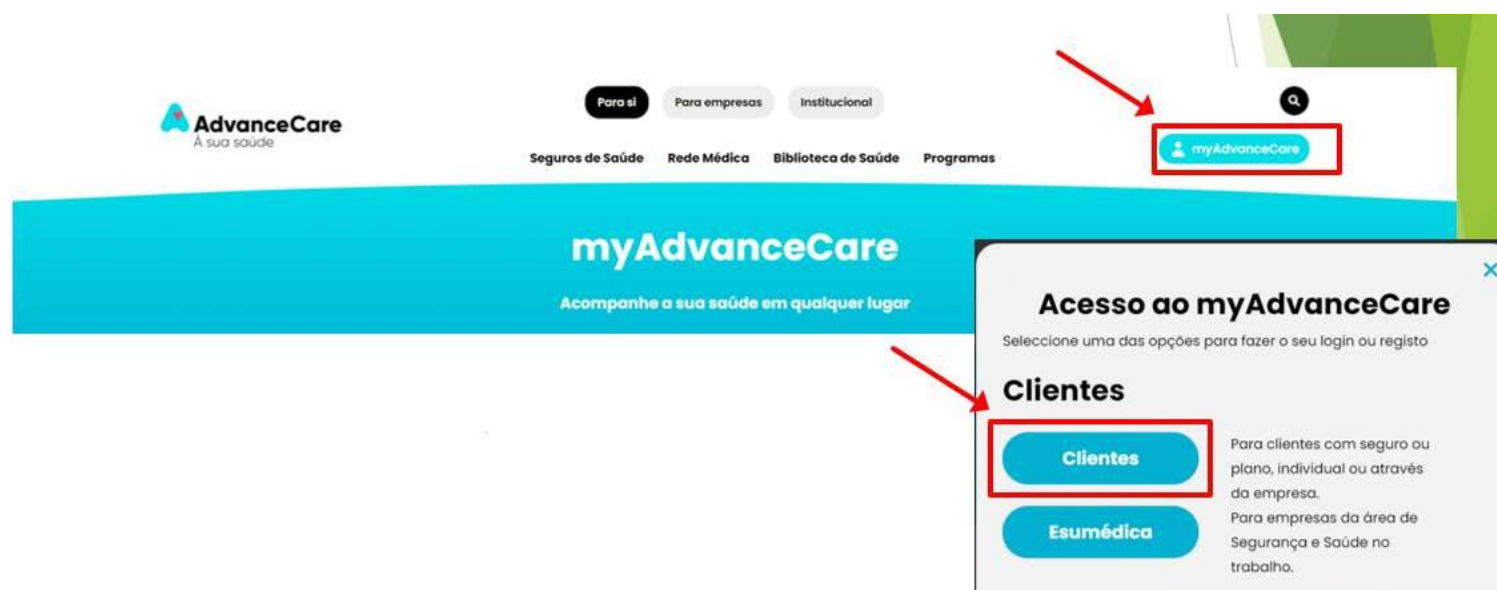


Figura 16.

Após entrar no Portal My AdvanceCare selecione a opção “Novo Registo” (figura 17).

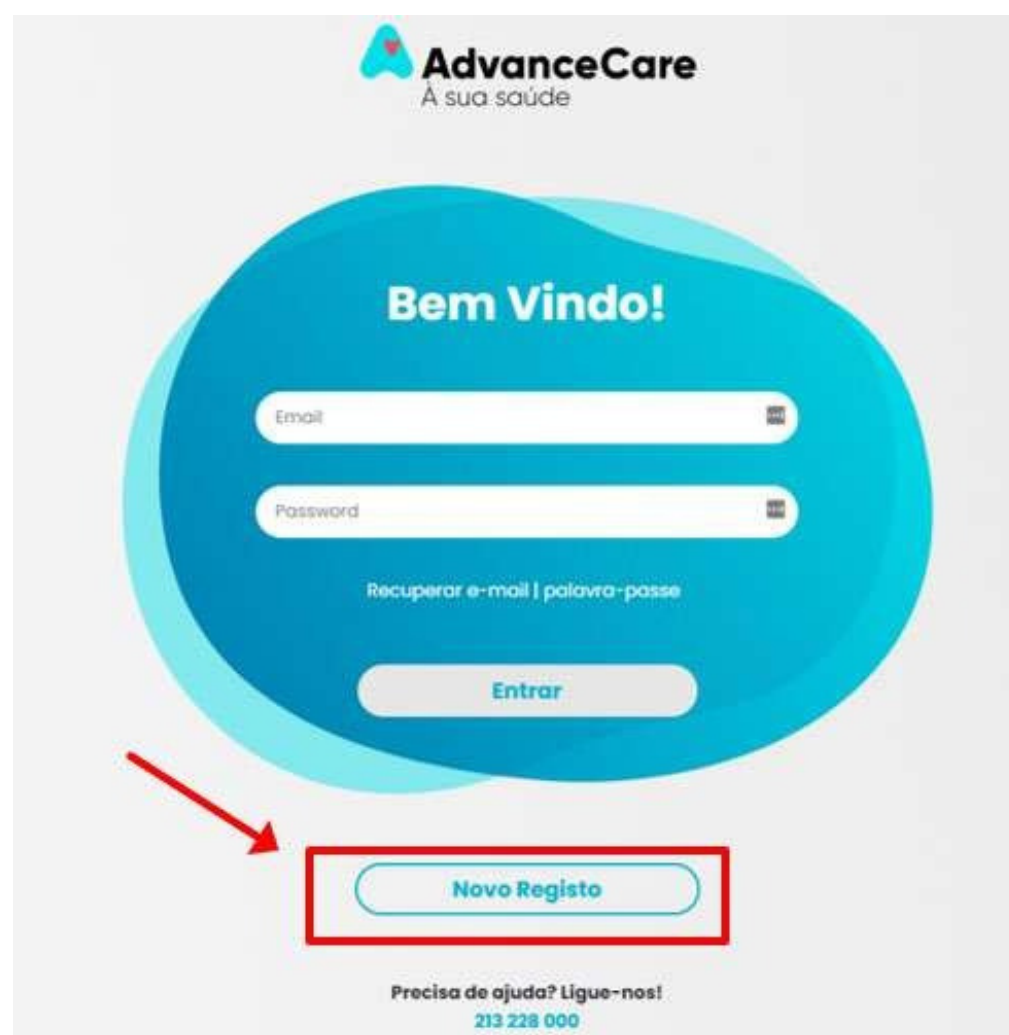


Figura 17.

De seguida, deve efetuar a verificação de dados e preencher os campos: “Nome e Apelido”, “NIF” e “Data de Nascimento”. Em seguida, confirme que leu e compreendeu os Termos e Condições e a Política de Tratamento de Dados Pessoais.

No final selecione “Continuar” (figura 18):

O formulário, intitulado "Bem-vindo!", apresenta uma progressão em três etapas: 1. Verificação de dados, 2. e 3. O formulário pede para preencher os dados para verificar se o utilizador é um parceiro com ou sem seguro/plano de saúde. Os campos obrigatórios, indicados por setas vermelhas, são: "Nome e Apelido", "NIF" e "Data de Nascimento". Abaixo dos campos, há duas opções de aceitação, também indicadas por setas vermelhas: "Li, compreendi e aceito os Termos e Condições" e "Li e compreendi a Política de Tratamento de Dados Pessoais", ambas com caixas de seleção marcadas. No final, um botão azul "Continuar" está destacado por um retângulo vermelho, com uma seta vermelha apontando para ele.

Figura 18.

PASSO 1

Antes de prosseguir deverá definir se autoriza ou não o envio de comunicações de marketing e conteúdos de prevenção e saúde. Em seguida, selecione “Continuar”. (figura 19):

Antes de continuar

Quer receber as nossas comunicações de marketing?

☐ Autorizo a AdvanceCare a tratar os meus dados para efeitos de comunicações de produtos e serviços próprios e outras comunicações comerciais, efetuadas através dos canais disponíveis (e-mail, SMS, telefone ou apps). Estas comunicações podem ter em linha de conta os meus interesses e preferências, apuradas com base no [meu perfil](#).

Quer receber conselhos de prevenção e saúde?

☐ Autorizo a AdvanceCare a tratar os meus dados para criação do [meu perfil](#) de forma a receber comunicações personalizadas e de acordo com os meus interesses e preferências, sobre saúde e bem-estar ou conselhos de prevenção, efetuadas através dos canais disponíveis (e-mail, SMS, telefone ou apps).

Continuar

Figura 19.

PASSO 2

Deve efetuar a confirmação de dados preenchendo o campo indicado como “Número de cartão do seguro de saúde” (só deve inserir os algarismos, sem “MGN”). No final selecione “Continuar” (figura 20).

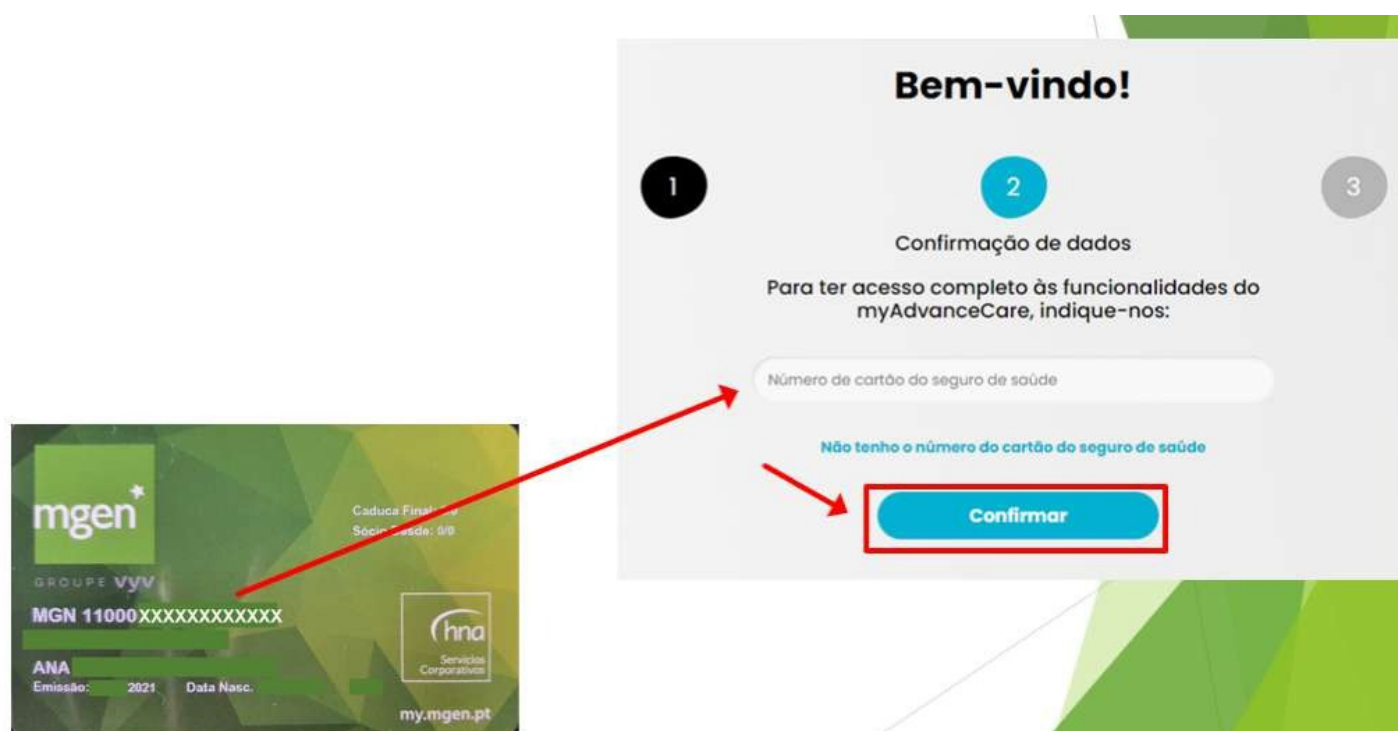


Figura 20.

PASSO 3

Deve selecionar os dados de registo para acesso à área reservada: indicar um endereço de “e-mail” e escolher uma “palavra-passe”, a qual deverá confirmar, inserindo duas vezes. No final selecione “Continuar” (figura 21).

A imagem mostra a interface de registo do MGEN, intitulada "Bem-vindo!". No topo, há três círculos numerados 1, 2 e 3. O círculo 3, que representa a etapa atual, está destacado em azul e rotulado "Dados de registo". Abaixo, o texto instrui: "Defina um email e uma palavra-passe para concluir o seu registo". Há três campos de entrada: "Email", "Palavra-passe" e "Confirme a sua palavra-passe". Cada campo tem uma seta vermelha apontando para ele. No final, há um botão azul com o texto "Confirmar", que também é destacado por uma seta vermelha e um retângulo vermelho.

Figura 21.

Após finalizar o registo com sucesso, já terá acesso ao Portal My AdvanceCare (figura 22).

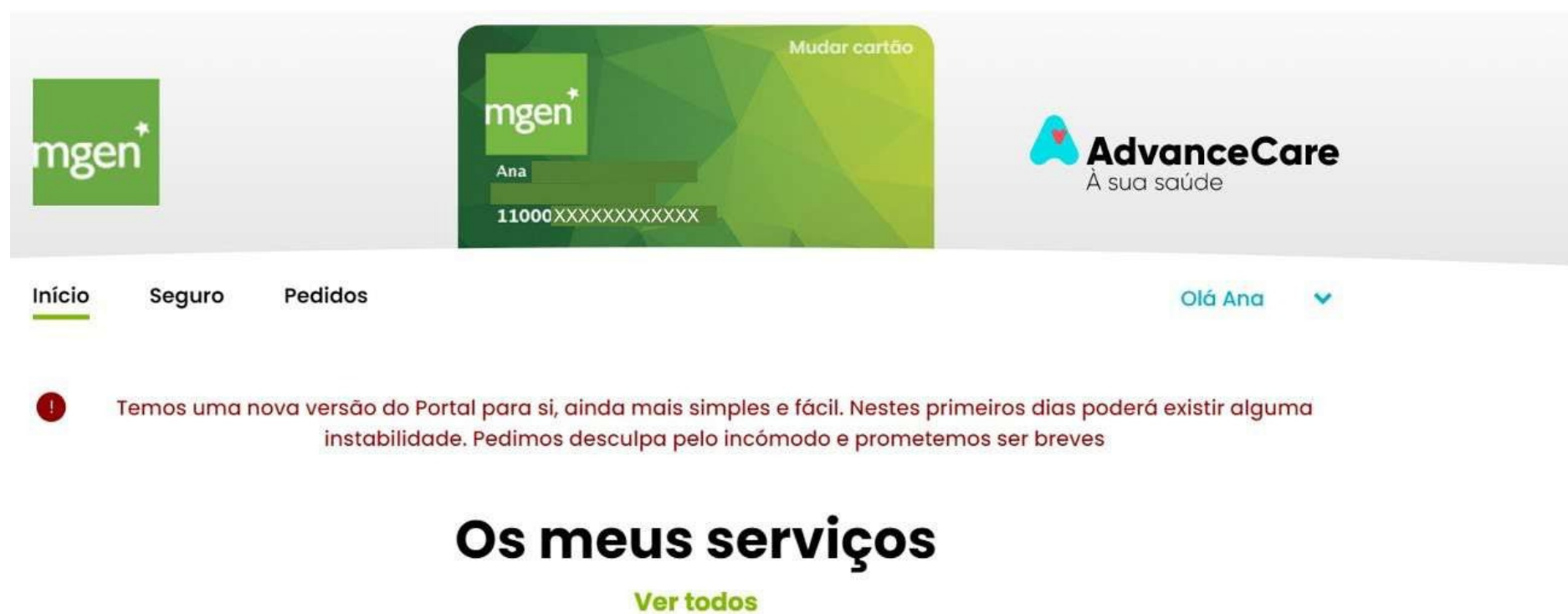


Figura 22.

6.2. Submeter uma despesa para reembolso através da APP My AdvanceCare

Depois de efetuar o login no portal My AdvanceCare deve verificar se o cartão indicado é o cartão da Pessoa Segura para a qual pretende submeter o pedido de reembolso. De seguida, deve selecionar “Pedidos” (figura 23).



Figura 23.

PASSO 1

Confirme o “Paciente” a que se refere o reembolso. No final selecione “Confirmar” (figura 24):

The screenshot displays the 'Pedido de reembolso' (Reimbursement Request) interface. At the top, there are navigation tabs: 'Início', 'Seguro', and 'Pedidos'. The 'Pedidos' tab is active. On the right, there is a user profile 'Olá Ana' and a 'Sair do pedido' button. The main heading is 'Pedido de reembolso' with a subtitle 'Registre apenas uma fatura por cada Pedido de reembolso'. Below this, there are three numbered steps: 1. Paciente (highlighted in green), 2. Selecionar o paciente, and 3. Confirmar. The 'Selecionar o paciente' step is the current focus. It features a search bar with 'ANA' entered and a dropdown menu showing 'ANA' as the selected option. A green 'Confirmar' button is highlighted with a red box, and a red arrow points to it. Another red arrow points to the search bar.

Figura 24.

PASSO 2

Deve fazer o upload da fatura escolhendo através da opção “Selecionar ficheiro” (figura 25) escolhendo documento pretendido a partir do seu computador.

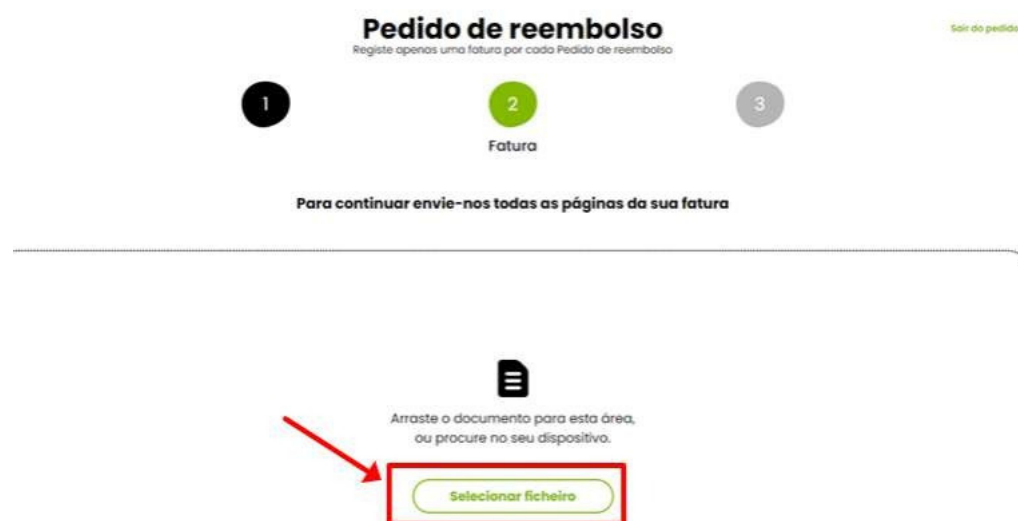


Figura 25.

Após o upload do ficheiro estar concluído com sucesso a sua fatura irá aparecer no topo esquerdo da página. No final deste passo, selecione “Confirmar e enviar” (figura 26).



Figura 26.

PASSO 3

Preencha os dados da despesa a reembolsar:

- Selecionando a “Cobertura” a que se refere a despesa (figura 27):

1 2 3 Dados

Por favor confirme os seguintes dados

Paciente* ANA

Data da ocorrência* 03/08/2021

Fatura FAC_doc.jpg

Cobertura* Selecionar opção

Ato Médico* Selecionar opção

Valor* 0€

Valor Total 0€

Adicionar mais dados da fatura

Selecionar opção

- Ambulatório - consultas
- Ambulatório - episódio de urgência
- Ambulatório - exames e tratamentos
- Ambulatório - Medicina Física e Reabilitação
- Internamento Hospitalar / Cirurgias
- Medicamentos
- Medicina Dentária
- Parto
- Óculos e Outras Próteses/Ortôses

Figura 27.

- Depois selecionar o tipo de “Ato médico” (figura 28):

1 2 3
Dados

Por favor confirme os seguintes dados

Paciente*
ANA

Data da ocorrência*
03/08/2021

Fatura
FAC_doc.jpg

Cobertura*
Ambulatório - consultas

Ato Médico*
Selecionar opção

Valor*
0€

+ Adicionar

Anexar

Selecionar opção

- Consulta SNS
- Consulta de Clínica Geral
- Consulta de Dermato-Venereologia
- Consulta de Ginecologia
- Consulta de Obstetrícia
- Consulta de Oftalmologia
- Consulta de Ortopedia
- Consulta de Otorrinolaringologia
- Consulta de Pediatria
- Consulta de Psiquiatria
- Outra especialidade

Figura 28.

- Por último, preencher o “valor” da sua fatura (figura 29):

Se existirem mais atos médicos na sua fatura deverá “+ Adicionar mais dados da fatura”.

1 2 3

Dados

Por favor confirme os seguintes dados

Paciente* ANA

Data da ocorrência* 03/08/2021

Fatura FAC_doc.jpg

Cobertura* Ambulatório - consultas

Ato Médico* Consulta de Clínica Geral

Valor* 50

Valor Total 50€

+ Adicionar mais dados da fatura

Figura 29.

No caso de ter escolhido a opção “+ Adicionar mais dados da fatura”, aparece uma nova linha e deve repetir os passos anteriores. Adicione quantas linhas forem necessárias até ter todos os dados da fatura inseridos (figura 30):

Paciente*
ANA

Data da ocorrência*
03/08/2021

Fatura
FAC_doc.jpg

Cobertura*	Ato Médico*	Valor*
Ambulatório - consultas	Consulta de Clínica Geral	50
Selecionar opção	Selecionar opção	
Valor Total		50€

Cobertura*	Ato Médico*	Valor*
Ambulatório - exames e tratamentos	Raio X	15
Valor Total		65€

+ Adicionar mais dados da fatura

Figura 30.

Quando o ato médico selecionado necessita de informação clínica adicional, o sistema emite um aviso. Deve fazer o upload da informação clínica através da opção “Selecionar ficheiro” e escolhendo o documento pretendido a partir do computador (figura 31):



Figura 31.

Após o upload estar concluído com sucesso, a sua prescrição/relatório médico irá aparecer no topo da página à esquerda. Deve confirmar que se compromete a manter os documentos originais da despesa e que não irá utilizá-los para finalidade contrária às condições contratadas com a seguradora. No final selecione “Continuar e enviar” (figura 32).



The screenshot shows a web interface for uploading a medical report. At the top, a card labeled 'Informação Clínica' displays 'Relatório médico.jpg'. Below this is a large empty rectangular box. Underneath the box is a green checkmark icon followed by the text: 'Comprometo-me a manter os documentos originais desta(s) despesa(s), e a não utilizá-los para finalidade contrária às condições contratadas com a entidade/seguradora. Caso exista lugar a comparticipação, a sua entidade/seguradora irá reportar os respetivos montantes para efeitos de IRS, e que estão disponíveis para consulta no Portal das Finanças.' Below this text is a small note: '(*) preenchimento obrigatório'. At the bottom right, there is a green button with the text 'Continuar e enviar', which is highlighted with a red rectangle and a red arrow pointing to it.

Figura 32.

No menu “Pedidos” poderá consultar o estado da análise dos pedidos submetidos, por Pessoa Segura na apólice, devendo aguardar o respetivo processamento (figura 33).



Figura 33.

6.3. Prazo para submissão de despesas

Deve apresentar as suas despesas para reembolso até 90 dias, após a data da respetiva realização.

Em relação às despesas previamente comparticipadas pela ADSE (ou subsistema equiparado) este prazo é alargado para 270 dias.

6.4. Gestão de Pedidos de Reembolso

O seguro de Saúde funciona em complementaridade com o subsistema básico da ADSE, organismo de que são beneficiários todos os sócios do STI, ou com outros subsistemas e SNS que comparticipem nas despesas, em caso de membros do agregado familiar.

Aquando do envio do pedido de reembolso, deverão expressamente referir no pedido se são, ou não, beneficiários de algum subsistema e identificar o mesmo.

Depois da ADSE ou outro subsistema efetuar a respetiva comparticipação, deverá imprimir a declaração da prévia comparticipação com indicação do montante participado, à qual deverá juntar as faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas referentes às despesas previamente efetuadas e da requisição/receita do médico (se for o caso) e submetê-las para comparticipação. Desta forma, o processo estará em condições de poder ser analisado pela MGEN.

O envio da declaração da prévia comparticipação da ADSE é dispensado no âmbito das consultas de clínica geral e especialidades, bem como, em relação no âmbito da comparticipação dos óculos (aros e lentes), para utilizações em regime livre.

6.4. Gestão de Pedidos de Reembolso

Consultas

Para consultas efetuadas dentro da Rede Convencionada ADSE, o aderente deverá remeter-nos a fatura com a indicação do n.º do Beneficiário da ADSE.

Por sua vez, para consultas de cuidados primários e consultas de especialidade, exceto no âmbito da estomatologia, em Regime Livre é dispensada a declaração da ADSE para efeitos de complemento de participação, devendo ser remetidas apenas as faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas onde conste sempre a especialidade médica e n.º de Beneficiário da ADSE.

Caso não conste o n.º do beneficiário, será tramitada como uma despesa referente a um aderente sem acesso a um subsistema de saúde, e, desta forma, reembolsada como uma despesa sem participação de subsistema/ privado.

6.4. Gestão de Pedidos de Reembolso

Exames Auxiliares de Diagnóstico ou Tratamentos

Para além das faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas, é indispensável juntar a declaração da ADSE indicando o montante participado, bem como a prescrição médica que esteve na sua origem.

Estomatologia (consultas e/ou tratamentos)

Para além das faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas, é indispensável juntar também a declaração da ADSE, indicando o montante participado, contudo, o médico, deve, no próprio documento (faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas), discriminar os atos médicos praticados de forma clara; Relativamente aos aparelhos dentários é necessário o envio de estudo ortodôntico, análise cefalométrica e ortopantomografia.

Medicamentos

Os medicamentos previamente participados pelo SNS, ADSE ou outro subsistema de Saúde são reembolsados pelo valor remanescente até ao limite de capital indicado nas Condições Gerais.

6.4. Gestão de Pedidos de Reembolso

Próteses e ortóteses

No que concerne às despesas relacionadas com aros, lentes oftalmológicas e lentes de contato, no regime livre é dispensável a declaração da ADSE indicando o montante participado. Anexando apenas para o efeito, as faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas com indicação expressa do n.º de beneficiário ADSE/outro subsistema, bem como a prescrição médica, passada por médico da especialidade ou optometrista.

Caso não conste o n.º do beneficiário, será tramitada como uma despesa referente a um aderente sem acesso a um subsistema de saúde, e, desta forma, reembolsada como uma despesa sem comparticipação de subsistema/ privado.

6.4. Gestão de Pedidos de Reembolso

Internamento Superior a 24h – Com ou sem intervenção Cirúrgica

As faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas deverão ser sempre acompanhados de discriminação de todas as despesas;

As faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas devem ser acompanhados de relatório médico, tão detalhado quanto possível, a justificar o internamento e esclarecendo a natureza da intervenção ou do ato médico;

Antes de efetuarem as intervenções, as equipas cirúrgicas deverão ser informadas de que os reembolsos da seguradora são efetuados de harmonia com a tabela da Ordem dos Médicos em vigor. Os honorários das equipas médico-cirúrgicas, reembolsados no âmbito da cobertura e Hospitalização e Cirurgia, obedecerão ao estabelecido no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos. No entanto, o limite máximo será sempre o que resulta da aplicação de um valor de k igual a 6,75€.

Requisitos a constar nas Faturas:

Nas faturas-recibo emitidas por pessoas singulares (recibo verde eletrónico) deverão constar a especialidade do médico;

Todas as faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas apresentadas devem ser passados em nome da pessoa segura a quem foram prestados os cuidados médicos, NIF e nº de Beneficiário se aplicável.

Não se aceitam faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas rasuradas ou dos quais não conste (ou seja, ilegível) a respetiva data, sob pena da sua devolução.

7. Como utilizar os serviços de Medicina Online

A utilização dos serviços descritos abaixo não se destina a situações urgentes ou emergentes. Em caso de urgência a Pessoa Segura deverá sempre contactar o serviço do INEM através do número 112.

7.1. SMP – Serviço Médico Permanente

A Pessoa Segura tem acesso em Portugal Continental, e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, a um conjunto de serviços de medicina online e ao domicílio, 24 horas por dia, todos os dias do ano. Pode beneficiar destes serviços ligando para a Linha de Atendimento MGEN através do número 211 155 860 (opção 5):

Consulta médica por telefone:

Esta cobertura garante à Pessoa Segura a realização de consultas por telefone com um médico especializado em medicina geral e familiar.

Consulta médica por videoconferência:

Esta cobertura garante a realização de consultas por videoconferência com um médico de medicina geral e familiar. Antes do início da consulta receberá um e-mail com uma hiperligação para estabelecer contacto por vídeo com o médico.

Consulta médica no domicílio:

Esta cobertura garante a realização de consultas no domicílio onde a Pessoa Segura se encontre. A presente cobertura garante a organização do transporte da Pessoa Segura em ambulância, se no decorrer da consulta ao domicílio o médico considerar tratar-se de uma situação urgente. O custo do transporte será suportado pela Pessoa Segura.

Envio e entrega de medicamentos:

Através deste serviço, a Pessoa Segura usufrui do envio e entrega de medicamentos no domicílio onde a Pessoa Segura se encontre. Este serviço está disponível em Portugal Continental, até às 23h do próprio dia ou no dia seguinte, exceto domingos. As despesas dos medicamentos serão comparticipadas pela MGEN em regime de reembolso, desde que a cobertura de Medicamentos esteja contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares.

7.2. Consulta médica através da aplicação KNOK / MGEN

A Pessoa Segura tem igualmente à sua disposição consultas médicas por videoconferência, exclusivamente solicitadas através da aplicação móvel KNOK. Esta aplicação deve ser instalada no telemóvel ou tablet através da Apple Store ou da Google Play Store. Os serviços prestados no âmbito desta cobertura estão disponíveis todos os dias do ano, entre as 8:00h e as 24:00h.

Através deste link pode consultar o manual de utilização da aplicação KNOK.

8. Como fazer alterações à minha apólice

8.1. Pedidos de inclusão/exclusão de pessoas seguras

Os movimentos de inclusão e exclusão de pessoas seguras são unicamente comunicados pelo STI. E, desta forma, quaisquer pedidos dentro deste âmbito, dirigidos à MGEN, pelos aderentes não terão seguimento.

As inclusões e exclusões de elementos do agregado familiar só serão aceites dentro do prazo de 60 dias, a contar da data inclusão do sócio ou da renovação da apólice, salvo em situações de nascimento, casamento, adoção ou situações devidamente fundamentadas.

Por sua vez, em caso de nascimento, casamento e adoção, poderão ser incluídos a meio da anuidade se a comunicação ocorrer até 60 dias após a ocorrência.

No âmbito dos pedidos de exclusão, a MGEN verificará se existem consumos posteriores à data de exclusão pretendida. E, caso se confirme, a data de exclusão só poderá fazer-se no primeiro dia do mês seguinte àquele em que a utilização ocorreu.

8. Como fazer alterações à minha apólice

8.1. Pedidos de inclusão/exclusão de pessoas seguras

Em caso de falecimento do associado do STI, o seu agregado familiar poderá manter-se no contrato beneficiando das mesmas condições, desde que anteriormente já incluído, e, caso manifestem essa mesma vontade. Perante este cenário, os membros do agregado familiar deverão manifestar, por escrito, para o STI, através do endereço geral@stimpuestos.pt, essa vontade, no prazo máximo de 90 dias após o falecimento do sócio.

As reinclusões apenas poderão ocorrer na data de readmissão do sócio no sindicato e em simultâneo com o agregado, se aplicável e cumprindo os períodos de carência estabelecidos. Por sua vez, a reinclusão do agregado (após os 60 dias previstos de admissão ou renovação do contrato), apenas poderá ocorrer na data de renovação da apólice.

9. Contactos

Pode entrar contacto com a equipa da MGEN através do número 211 155 860 (todos os dias úteis a partir das 9h00) ou através do e-mail: gestao@mgen.pt.

Para esclarecer alguma dúvida pode ainda utilizar o sistema de tickets/pedido de ajuda (informação sobre a plataforma de tickets disponível neste capítulo), acedendo à sua área pessoal my.mgen.pt.

No site encontra também uma área de “Perguntas Frequentes” que pode consultar aqui para obter resposta a algumas questões.

10. Glossário

Para efeitos do disposto no presente Contrato de Seguro, e de acordo com a informação constante nas nossas Condições Gerais e Especiais 2024, entende-se por:

ACIDENTE / DOENÇA PRÉ-EXISTENTE: Efeitos de acidentes ocorridos ou Doenças Manifestadas antes da data de celebração do Contrato e dos quais a Pessoa Segura ainda é portadora à data de início do mesmo;

ACIDENTE: Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais que possam ser clinicamente e objetivamente constatadas;

ADERENTE: Pessoa singular identificada nas Condições Particulares do Contrato, que adere ao mesmo a título principal;

AGREGADO FAMILIAR: São considerados elementos do Agregado Familiar, as pessoas que vivam em economia comum, ou seja, em comunhão de mesa e habitação e tenham estabelecido entre si uma vivência comum de entreajuda e partilha de recursos, tendo com o Aderente principal, as seguintes ligações familiares: cônjuge ou pessoa que viva com o Aderente; parentes e afins maiores, em linha reta (por exemplo: filhos, netos, bisnetos, pais, avós, bisavós) ou na linha colateral, até ao 3.º grau (por exemplo, irmãos; sobrinhos, tios); parentes e os afins menores em qualquer grau da linha reta e da linha colateral; adotantes, tutores e pessoas a quem o Aderente esteja confiado por decisão judicial ou administrativa de entidades ou serviços legalmente competentes para o efeito; adotados e tutelados pelo Aderente principal ou qualquer um dos elementos do Agregado Familiar. Considera-se que a situação de economia comum se mantém nos casos em que o titular ou algum dos elementos do Agregado Familiar se encontre deslocado por um período igual ou inferior a 30 dias ou por um período superior a 30 dias, por motivo de saúde, formação académica ou profissional ou de relação de trabalho.

APÓLICE: Documento que regula o Contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e a MGEN e do qual fazem parte integrante as Condições Gerais, Especiais e Particulares, bem como as Atas Adicionais, que durante a vigência do mesmo venham a ser emitidas;

ATA ADICIONAL: Documento que titula uma alteração do Contrato;

ATO MÉDICO: Ato realizado por médico legalmente habilitado pela respetiva Ordem, que integra a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença e a reabilitação das pessoas que ao mesmo se sujeitam, podendo determinar procedimentos complementares realizados por outros profissionais de saúde;

10. Glossário

BENEFICIÁRIO: Pessoa singular, Aderente ou Membro do seu Agregado Familiar, identificada nas Condições Particulares do Contrato com direito às prestações previstas no mesmo;

CARTÃO DE SAÚDE: Cartão pessoal e intransmissível que identifica a Pessoa Segura e permite o seu acesso a cuidados de saúde a prestar no âmbito da Rede de Prestadores;

CLÍNICA: Estabelecimento legalmente reconhecido onde são prestados serviços ainda que permanentes de saúde, por médicos e enfermeiros ou outros profissionais de saúde, não sendo para efeitos deste Contrato, considerados como tal, sanatórios, casas de repouso, centros de toxicodependência e alcoolismo, termas e outros estabelecimentos similares;

COEFICIENTE K: Unidade de medida utilizada para a valorização de atos médicos indicados no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos publicados pela Ordem dos Médicos.

COMPARTICIPAÇÃO: Percentagem ou valor máximo de despesas médicas garantidas por este Contrato que fica a cargo da MGEN;

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Cláusulas que completam e especificam as Condições Gerais, de aplicação generalizada a determinadas coberturas quando contratadas;

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes ao Contrato;

CONDIÇÕES PARTICULARES: Documento onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada Contrato, que o distinguem de todos os outros e cujas disposições prevalecem sobre as cláusulas das Condições Gerais e Condições Especiais do mesmo de acordo com as regras da especialidade e Lei.

CONSULTA DE ATENDIMENTO PERMANENTE: Consulta de medicina geral e familiar em serviço de urgência hospitalar ou atendimento permanente, no decurso de um Episódio de Urgência;

CONSULTA DE URGÊNCIA: Consulta de medicina geral e familiar em serviço de urgência hospitalar ou atendimento permanente e eventual consulta ou avaliação por médico especialista de outra valência no decurso do mesmo Episódio de Urgência;

10. Glossário

CONSULTA MÉDICA POR VÍDEOCONFERÊNCIA (também denominada por vídeo consulta): Consulta de medicina geral, familiar ou outra especialidade médica, realizadas através de equipamentos de telemedicina que permitam a transmissão simultânea de imagem e som e mediante conferência, em tempo real, entre o médico e a Pessoa Segura, salvaguardando a segurança e confidencialidade dos dados, bem como o registo informático desses atos;

CONTRATO DE SEGURO: Contrato através do qual a MGEN assume a cobertura de determinados riscos, comprometendo-se a satisfazer as indemnizações ou a pagar o capital seguro em caso de ocorrência do sinistro, nos termos acordados, tendo como contrapartida o pagamento do Prémio correspondente, efetuado pelo Tomador do Seguro.;

COPAGAMENTO: Montante fixo ou percentagem do valor participado pela MGEN e que fica a cargo da Pessoa Segura, dentro dos limites estabelecidos nas Condições Particulares e para cada um dos atos médicos garantidos em consequência de uma prestação convencionada garantida pelo mesmo, calculado após dedução da Franquia quando aplicável;

CUIDADOS CONTINUADOS: São tratamentos que, por meio da reabilitação, visam manter e melhorar a funcionalidade de doentes com doenças crónicas;

CUIDADOS PALIATIVOS: São tratamentos centrados na prevenção e alívio do sofrimento físico e psicológico e na melhoria do bem-estar dos doentes em estado terminal, com doenças graves ou incuráveis, em fase avançada e progressiva;

DESPESA MÉDICA: Despesa, na sequência de um sinistro, realizada pela Pessoa Segura com a aquisição de Serviços Clinicamente Necessários, desde que prescritos ou realizados por um médico;

DOENÇA CONGÉNITA: Doença presente à nascença, em resultado de fatores hereditários ou de condições verificadas durante a gestação e até ao momento do nascimento;

DOENÇA CRÓNICA: Doença que tem uma ou mais das seguintes características: é permanente, produz incapacidade/deficiência residual, é causada por alterações patológicas irreversíveis, exige uma formação especial do doente para a reabilitação ou pode exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados;

DOENÇA GRAVE: Doenças oncológicas, incluindo situações de suspeita ou pré malignidade da mesma, doença neurológica e do sistema nervoso central, doença cardíaca, doença de Parkinson e doença de Alzheimer;

10. Glossário

DOENÇA MANIFESTADA: Doença declarada, objeto de um diagnóstico inequívoco e/ou dando lugar ao respetivo tratamento ou cujos sinais e sintomas não pudessem ser do desconhecimento da Pessoa Segura;

DOENÇA SÚBITA: Toda e qualquer doença que requeira Tratamento de Urgência em Hospital, quer em regime de Internamento, quer em regime ambulatorio;

DOENÇA: Toda e qualquer alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e suscetível de constatação médica objetiva;

EPISÓDIO DE URGÊNCIA: Conjunto de atos médicos realizados no âmbito do serviço de urgência hospitalar ou de atendimento permanente,

FRANQUIA: Montante fixo ou percentagem das despesas médicas que ficam a cargo da Pessoa Segura e que não constituem obrigação indemnizatória da MGEN para efeitos do cálculo do montante participado do sinistro e dentro dos limites estabelecidos pelas Condições Particulares do Contrato;

GRUPO ABERTO: Grupo de pessoas, devidamente vinculadas a uma entidade coletiva que celebra um protocolo com a MGEN, ao qual a adesão é facultativa, concretizando-se através da celebração de Contratos individuais;

GRUPO FECHADO: Grupo previamente determinado de pessoas, que se encontram devidamente vinculadas a uma entidade coletiva que é a tomadora do Contrato, ao qual a adesão é obrigatória;

HOSPITAL: Para efeitos deste Contrato considera-se como Hospital o Estabelecimento assim reconhecido pela entidade administrativa competente, onde são prestados serviços permanentes de saúde, exceto sanatórios, casas de repouso, centros de toxicodependência e alcoolismo, termas e outros estabelecimentos similares;

INTERNAMENTO: Estadia da Pessoa Segura num Hospital, por um período igual ou superior a 24 horas e que origine o pagamento de uma ou mais diárias;

MÉDICO: Licenciado por Faculdade de Medicina ou de Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão no respetivo país, cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos, pela Ordem dos Médicos Dentistas ou por entidades congêneres dos países onde exerçam a sua atividade;

MENOR: É Menor quem não tiver ainda completado 18 (dezoito) anos de idade;

PARTO: Todos os procedimentos médicos relacionados com um nascimento e puerpério.

10. Glossário

PEQUENA CIRURGIA: Cirurgia que, cumulativamente, não necessite de bloco operatório para a sua realização, seja realizada sob anestesia local e não necessite de cuidados especiais de recobro.

PERÍODO DE CARÊNCIA: Período durante o qual as coberturas do Contrato não se aplicam tendo, contudo, as pessoas seguras acesso à Rede de Prestadores a preços convencionados.

PESSOA SEGURA: Pessoa singular identificada nas Condições Particulares do Contrato, cuja saúde ou integridade física se segura através do mesmo;

PRÉ-AUTORIZAÇÃO: Aprovação dada pelos serviços clínicos da MGEN, quando exigível nos termos do Contrato, que permite às Pessoas Seguras o acesso aos cuidados de saúde garantidos pelo mesmo;

PRÊMIO: Valor pago pelo Tomador do Seguro à MGEN como contrapartida pelas coberturas contratadas no âmbito do Contrato;

PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS: Despesas médicas, realizadas pela Pessoa Segura na Rede de Prestadores na sequência de um determinado sinistro e sempre que o ato em concreto esteja convencionado, sendo a parte da despesa a cargo da MGEN paga diretamente a estes prestadores.

PRESTAÇÕES DE ACESSO À REDE CONVENCIONADA: Despesas médicas realizadas pela Pessoa Segura na sequência de determinado sinistro, em que a Pessoa Segura paga a totalidade do valor convencionado pela MGEN com cada Prestador diretamente ao Prestador, usufruindo de preços inferiores aos valores particulares praticados, sem que haja lugar a Comparticipação da MGEN.

PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS: Despesas médicas realizadas pela Pessoa Segura na sequência de um determinado sinistro, sempre que o ato em concreto não esteja previamente convencionado com o Prestador de Saúde, as quais serão pagas diretamente pela Pessoa Segura ao Prestador e que dão origem a um reembolso da MGEN às Pessoas Seguras, de acordo com a Comparticipação estipulada nas Condições Particulares do Contrato;

10. Glossário

PRESTADOR DE REDE CONVENCIONADA: Entidade prestadora de serviços e gestora de sinistros que, por conta da MGEN, organiza a Rede de Prestadores, procede à gestão das prestações devidas pelo Contrato e pode articular o pagamento direto das despesas médicas, quer aos prestadores convencionados, nomeadamente médicos, hospitais e centros de diagnósticos, quer às Pessoas Seguras;

PRESTADOR DE SAÚDE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA: Serviço de Assistência, que organiza e presta por conta da MGEN, em Regime de Prestações Convencionadas e a favor das Pessoas Seguras, as prestações de serviços de assistência médica nacional previstos nas Condições Especiais do Contrato;

REDE DE PRESTADORES: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnósticos e outras unidades de saúde, com os quais a MGEN tenha celebrado um acordo de prestação de serviços e que assegurem à Pessoa Segura a execução;

REGIME COMPLEMENTAR: Âmbito de garantias de um Contrato em que, sempre que expressamente garantido nas Condições Particulares do mesmo, as Prestações Indemnizatórias inerentes à mesma ficam expressamente restritas ao complemento das prestações suportadas por outro subsistema de saúde (ADSE ou equiparado) ou, no que se refere à Garantia Especial de Medicamentos, pelo Serviço Nacional de Saúde;

SEGURADOR: Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale é uma Mútua de Seguros devidamente autorizada pela ASF – Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões a operar em Portugal no ramo Não Vida, ao abrigo do regime de Livre Prestação de Serviços, através da sua sede em França, sob o código de LPS n.º 4608, nos ramos de Doença e Acidente;

SEGURO ANTERIOR: Contrato de seguro com a duração mínima de 1 (um) ano, celebrado pela Pessoa Segura ou pelo Tomador do Seguro com outro segurador que não a MGEN. Para que se considere a existência de Seguro Anterior, a adesão à MGEN deverá ocorrer nos 60 (sessenta) dias seguintes ao termo daquele Contrato e a Pessoa Segura ou o Tomador do Seguro não poderá ter sido excluída do mesmo por iniciativa do segurador;

10. Glossário

SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO: Seguro de Grupo em que as Pessoas Seguras contribuem, no todo ou em parte, para o pagamento do Prémio;

SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO: Seguro de Grupo em que as Pessoas Seguras não contribuem para o pagamento do Prémio, o qual é, na totalidade, suportado pelo Tomador do Seguro;

SERVIÇOS CLINICAMENTE NECESSÁRIOS: Bens, serviços ou cuidados de saúde aprovados pela MGEN, desde que sejam:

Necessários para tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente da Pessoa Segura;

Adequados à situação diagnosticada;

Prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;

De reconhecida validade clínica;

SINISTRO: Todo e qualquer evento ocorrido suscetível de ativar uma garantia do Contrato devidamente enquadrável numa das condições especiais do mesmo;

TOMADOR DO SEGURO: Entidade ou pessoa individual que subscreve o Contrato, por conta das Pessoas Seguras, é responsável pelo pagamento do Prémio;

TRATAMENTO DE URGÊNCIA: Considera-se Tratamento de Urgência aquele que deva ser efetuado no prazo máximo de 48 horas após a ocorrência quando realizado em hospital ou clínica que disponibilize serviço de atendimento permanente.

MGEN
é do STI.

mgen.pt | 211 155 860