



MANUAL DE PROCEDIMENTOS 2026

SEGURO DE SAÚDE



ÍNDICE

ÍNDICE	2
INTRODUÇÃO	4
1. QUADROS DE GARANTIAS, CAPITAIS E FRANQUIAS	5
2. BENEFÍCIOS	7
3. PRÊMIOS.....	7
4. PESSOAS SEGURAS	7
5. INCLUSÕES E EXCLUSÕES DO SEGURO	8
6. PERMANÊNCIA NO SEGURO.....	9
7. ÂMBITO DO SEGURO	9
8. COBERTURAS	9
HOSPITALIZAÇÃO	9
ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIA	10
MEDICAMENTOS.....	12
ESTOMATOLOGIA.....	13
PRÓTESES / ORTÓTESES	13
PARTO	14
MEDICINA ONLINE E AO DOMICÍLIO	15
MINDCARE.....	15
EUTELMED – PLATAFORMA DIGITAL NO ÂMBITO DA SAÚDE	16
9. INCLUSÕES E EXCLUSÕES – CONDIÇÕES E PERÍODOS DE CARÊNCIA	18
ACTUAIS ADERENTES DO SEGURO DE SAÚDE	18
INCLUSÃO DE MEMBROS DO AGREGADOS FAMILIAR EM DATA DIFERENTE DA DATA DE INCLUSÃO DO SÓCIO – CONDIÇÕES	18
INCLUSÃO DE NOVOS SÓCIOS E DE MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR EM SIMULTÂNEO COM O SÓCIO	20
REENTRADA DE SÓCIOS OU REENTRADA DE MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR	21
CAMPANHA DE NOVAS ADESÕES	21
10. DOENÇAS MANIFESTADAS	21
11. ÂMBITO DAS COBERTURAS	22
12. OUTRAS CONDIÇÕES	22
13. EXCLUSÕES	22
14. SEGURO COMPLEMENTAR À ADSE	24
15. NORMAS A OBSERVAR NOS PEDIDOS DE REEMBOLSO	24
CONSULTAS	25
CONSULTAS DE CIRURGIA VASCULAR.....	25
CONSULTAS DE PSICOLOGIA e PSICOTERAPIA	25
CONSULTAS DE PSIQUIATRIA.....	25
CONSULTAS DE ENDOCRINOLOGIA	25
EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO OU TRATAMENTOS.....	26
ESTOMATOLOGIA (consultas e/ou tratamentos)	26
MEDICAMENTOS.....	26
PRÓTESES E ORTÓTESES	26
EM CASOS DE INTERNAMENTO SUPERIOR A 24 HORAS (COM OU SEM INTERVENÇÃO CIRÚRGICA)	26
MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR NÃO BENEFICIÁRIOS DA ADSE.....	27

EMISSÃO CARTA DE CONFORTO – SOMENTE PARA BENEFICIÁRIOS EXCLUSIVAMENTE DO SNS	27
CARACTERÍSTICAS GERAIS A QUE DEVEM OBEDECER AS FATURAS, FATURAS-RECIBO OU FATURAS SIMPLIFICADAS.....	27
AS FOTOCÓPIAS DAS FATURAS, FATURAS-RECIBOS OU FATURAS SIMPLIFICADAS DEVEM SER SUBSTITUÍDAS PELOS RESPECTIVOS ORIGINAIS, QUANDO:	28
DECLARAÇÃO DA ADSE PARA EFEITOS DE COMPLEMENTO DE COMPARTICIPAÇÃO, INDICANDO O MONTANTE COMPARTICIPADO	28
REEMBOLSO DE DESPESAS PRÉ-COMPARTICIPADAS PELA ADSE	28
PRAZO PARA REMESSA DOS JUSTIFICATIVOS DAS DESPESAS PARA COMPARTICIPAÇÃO.....	29
16. REDE DE SERVIÇOS MÉDICOS.....	29
17. FUNCIONALIDADES MYMGEN E APP MYADVANCECARE	30
18. CONTACTOS.....	31
19. PERGUNTAS FREQUENTES SOBRE O SEGURO DE SAÚDE	32
21. GLOSSÁRIO DO SEGURO DE SAÚDE	35
2. LINKS ÚTEIS:	40

INTRODUÇÃO

4.463.287,65€

Este foi o valor de participações/sinistros pagas até 30 de setembro de 2025, pela seguradora. Este valor, não havendo o seguro de saúde do STI, teria sido suportado pelos próprios Sócios.

A taxa de sinistralidade, isto é, a diferença entre as participações pagas e os prémios pagos pelo STI no mesmo período, 30 de setembro de 2025, foi de 106,2%. Foram, portanto, pagos mais 6,2% de participações do que prémios. Já em 2024 a taxa de sinistralidade era deficitária. Este cenário mostra bem a dificuldade com que se parte para a renegociação do seguro de saúde que se revela cada ano mais complexo.

O estudo “2025 Global Medical Trend Rates Report” da Aon prevê que os custos com os seguros de saúde em Portugal continuem a aumentar, com a taxa média de aumento a manter-se nos 10,0%, em relação ao ano anterior. Apesar da expectativa de redução da taxa de inflação anual (2%) em Portugal, os custos com seguros de saúde irão continuar a crescer acima da taxa de inflação geral. Os custos com os seguros de saúde em Portugal estão em linha com o crescimento médio a nível global (10%), mas registam um valor superior à média europeia (8,9%).

Apesar de todos estes fatores foi possível renegociar o seguro de saúde mantendo todas as garantias existentes, com ligeiríssimos acertos nas rubricas que em 2025 se mostraram ter contribuído significativamente para o aumento da sinistralidade, apesar disso, **não temos receio de afirmar que, o seguro do STI é um dos melhores, que existe no mercado nacional.**

Caso alguém tenha dúvidas desse facto, por favor, consulte um mediador de seguros ou utilize o simulador da DECO, e confirme por si mesmo se consegue no mercado nacional um seguro com as mesmas condições e, caso consiga, repare bem no preço que iria pagar pelo mesmo.

Assim, de modo a uma maior racionalidade na utilização do seguro, bem como, na contribuição para a sustentabilidade do próprio, recordado que é um seguro complementar à ADSE, recordamos da necessidade de que se utilize em primeiro lugar a rede da ADSE e só quando tal não for possível a rede ADVANCECARE.

A Direção Nacional

1. QUADROS DE GARANTIAS, CAPITAIS E FRANQUIAS

O seguro de saúde STI/MGEN funciona em complementaridade com o subsistema de segurança social da ADSE, ou com outro, no caso de membros do agregado familiar não beneficiários deste.

1.1. PLANO DE GARANTIAS PARA BENEFICIÁRIOS DE UM SUBSISTEMA (ADSE, SAMS, OUTRO SUBSISTEMA)

Sindicato dos Trabalhadores dos Impostos	Com Participação do Subsistema		Limite Capital Anual
	Convencionados	Regime Livre	
Hospitalização Cirurgias, Internamentos e Oncologia	95 %	95 %	36 000 € Limite de k: 6,75 €
Parto Parto normal Cesariana Interrupção da Gravidez	100 %	100 %	1 500 €
Ambulatório Consultas Consultas Online - Knokcare Consultas Online de Nutrição - Knokcare Consultas Online de Psicologia - MindCare Consultas Online de Psiquiatria - MindCare Consultas ao Domicílio Consultas de Atendimento Permanente Exames Auxiliares de Diagnóstico Tratamentos e outros atos médicos Medicina Física e de Reabilitação	85 %	85 %	2 200 € Sublimites: 250 €
Estomatologia Consultas e Tratamentos Próteses, Aparelhos, Cirurgias e Implantes	90 %	90 %	250 €
Próteses e Ortóteses Armações Lentes Graduadas Lentes de Contacto Outras Próteses	90 %	90 %	300 € Sublimites: 75 € 75 € 150 €
Medicamentos Comparticipados pelo SNS, Subsistema ou Outro Seguro	-	-	150 € Franquia: 5 € por fatura

Condições adicionais:

A presente condição particular derroga o n.º 5 do art. 11.º das Condições Gerais, que passa a ter a seguinte redação: Durante a vigência do contrato, qualquer exclusão de um elemento do agregado apenas produzirá efeitos na data de renovação da apólice, salvo em caso de falecimento da Pessoa Segura a excluir.

Hospitalização: Sublimite de capital para Litotricia: 1 300,00€

Parto: Limite de k: 6,75 €

Ambulatório: Consultas: Franquia anual por Pessoa Segura de 50,00€

Reembolso Máximo por consulta, exclusivamente para despesas que não têm participação prévia da ADSE.

O mesmo funcionamento sucede com outros subsistemas de que as Pessoas Seguras possam beneficiar.

Consultas Psiquiatria: até 5 por pessoa/ano

Sessões Psicologia e/ou Psicoterapia: até 6 (conjunto) por pessoa/ano

As consultas no domicílio e todos os serviços de saúde e medicina online estão garantidos através da linha exclusiva MGEN 300 501 950, selecionando a opção correspondente.

Estomatologia: Franquia anual por Pessoa Segura de 50,00€

Próteses e Ortóteses: Franquia anual por Pessoa Segura de 40,00€

Este contrato é estabelecido pelas condições gerais e especiais CG_2026 e pelos períodos de carência previstos no Art. 4º, se aplicáveis.

5.2. PLANO DE GARANTIAS PARA ADERENTES NÃO BENEFICIÁRIOS DE UM SUSBSITEMA – SÓ BENEFICIÁRIOS SNS

Sindicato dos Trabalhadores dos Impostos	Sem Comparticipação do Subsistema		Limite Capital Anual
	Rede	Reembolso	
Hospitalização Cirurgias, Internamentos e Oncologia  Parto Parto normal Cesariana Interrupção da Gravidez	Acesso à Rede Acesso à Rede	80 % 95 %	36 000 € Limite de k: 6,75 € 1 500 €
Ambulatório Consultas Consultas Online - Knokcare Consultas Online de Nutrição - Knokcare Consultas Online de Psicologia - MindCare Consultas Online de Psiquiatria - MindCare Consultas ao Domicílio Consultas de Atendimento Permanente Exames Auxiliares de Diagnóstico Tratamentos e outros atos médicos Medicina Física e de Reabilitação	Acesso à Rede Copagamentos:	75 % max. 31 € 0 € 20 € 20 € 27 € 30 €	2 200 € Sublimites: 250 €
Estomatologia Consultas e Tratamentos Próteses, Aparelhos, Cirurgias e Implantes	Acesso à Rede	80 %	250 €
Próteses e Ortóteses Armações Lentes Graduadas Lentes de Contacto Outras Proteses		80 %	300 € Sublimites: 75 € 75 € 150 €
Medicamentos Comparticipados pelo SNS, Subsistema ou Outro Seguro		50 %	150 € Franquia: 5 € por fatura

Condições adicionais:

A presente condição particular derroga o nº 5 do art. 11.º das Condições Gerais, que passa a ter a seguinte redação: Durante a vigência do contrato, qualquer exclusão de um elemento do agregado apenas produzirá efeitos na data de renovação da apólice, salvo em caso de falecimento da Pessoa Segura a excluir.

Hospitalização: Sublimite de capital para Litotricia: 1 300.00€

Parto: Limite de k: 6.75 €

Ambulatório: Consultas; Franquia anual por Pessoa Segura de 50,00€

Reembolso Máximo por consulta, exclusivamente para despesas que não têm comparticipação prévia da ADSE.

O mesmo funcionamento sucede com outros subsistemas de que as Pessoas Seguras possam beneficiar.

Consultas Psiquiatria: até 5 por pessoa/ano

Sessões Psicologia e/ou Psicoterapia: até 6 (conjunto) por pessoa/ano

As consultas no domicílio e todos os serviços de saúde e medicina online estão garantidos através da linha exclusiva MGEN 300 501 950, selecionando a opção correspondente.

Estomatologia: Franquia anual por Pessoa Segura de 50,00€

Próteses e Ortóteses: Franquia anual por Pessoa Segura de 40,00€

Este contrato é estabelecido pelas condições gerais e especiais **CG 2026** e pelos períodos de carência previstos no Art. 4º, se aplicáveis.

2. BENEFÍCIOS



Sem limite de idade

O seguro de saúde que está consigo em todos os momentos da sua vida.



Sem questionários médicos

Muito fácil de subscrever e sem questionários médicos.



Sem exclusão de doenças pré-existentes

Estão garantidas no seguro de saúde todas as doenças, mesmo as diagnosticadas antes de aderir.



Sem exclusão de doenças graves

O seguro de saúde que o protege em todas as doenças, incluindo as do foro oncológico.



Sem exclusão de pandemias

As despesas médicas relacionadas com epidemias e pandemias estão cobertas em todos os contratos de seguro.



Sem exclusão de doenças congénitas

As doenças que nascem connosco estão também garantidas no seguro de saúde solidário da MGEN.

3. PRÉMIOS

Os sócios do STI têm, sem qualquer encargo adicional, direito ao Seguro de Saúde.

Os membros do agregado familiar, podem ser incluídos pelos Sócios assumindo estes o pagamento do respetivo prémio.

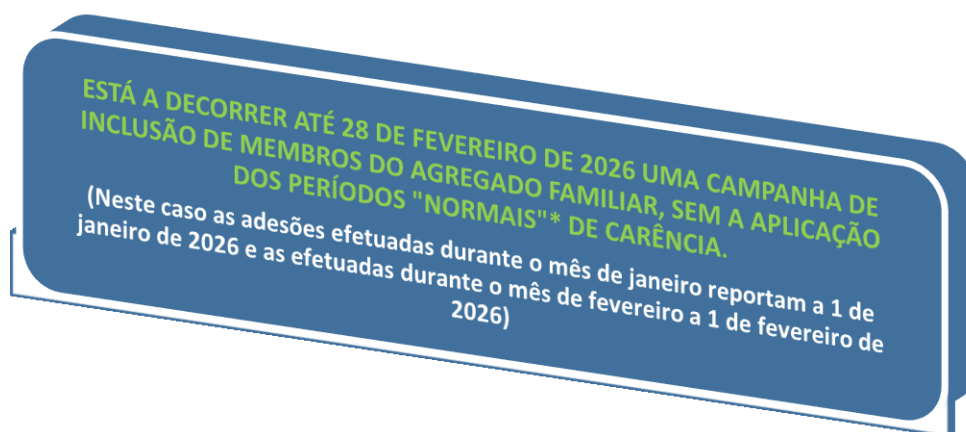
O prémio é pago por transferência bancária, e poderá ser pago mensal, trimestral, quadrimestral, semestral ou anualmente, consoante a sua opção, sendo descontado a partir do dia do crédito do vencimento de cada mês. O valor que o banco cobra por cada transferência bancária é de 0,50 € (cinquenta cêntimos), valor este que irá acrescer ao prémio antes referido, por cada transferência bancária efetuada. Obviamente que se, por exemplo, optar pelo pagamento trimestral só pagará 4 transferências bancárias, em vez das 12 que pagará se optar pelo pagamento mensal.

4. PESSOAS SEGURAS

São todos os sócios do Sindicato dos Trabalhadores dos Impostos, independentemente da idade e enquanto permanecerem na qualidade de Sócios.

Podem ainda ser Pessoas Seguras os seguintes membros do agregado familiar, desde que o Sócio proceda à sua inclusão:

- Cônjuges ou equiparados independentemente da idade – enquanto o sócio mantiver a ligação ao STI;
- Filhos a cargo, de idade inferior a 25 anos;
- Filhos maiores de 25 desde que inscritos até aos 50 anos;
- Netos, até aos 30 anos;
- As crianças nascidas (ou adotadas) durante a vigência da adesão do agregado familiar a que pertencem poderão ser automaticamente aceites desde que a sua adesão seja pedida/efetuada por escrito até 60 dias após o nascimento (ou adoção). A data considerada para início da adesão será a data do nascimento (ou a da adoção).



(*) – Períodos de carência previstos nas alíneas a) e b) do ARTIGO 4.º - Período de Carência e Entrada em Vigor das Garantias das Condições Gerais e Especiais. Aplicam-se, assim, os períodos de carência alargada previstos na alínea c) e respetivas interrogações espelhadas nas Condições Particulares.

5. INCLUSÕES E EXCLUSÕES DO SEGURO

A **Adesão do Agregado Familiar** no Seguro obriga à adesão de todos os seus elementos, sendo a adesão facultativa relativamente às pessoas que se encontrem numa das seguintes situações:

- a) Ausência prolongada no estrangeiro, por mais do que 90 dias;
- b) Estar abrangida por outro contrato de seguro suportado pela entidade patronal;
- c) Estar abrangida por um subsistema de saúde (ADSE ou equiparado).

Serão aceites inclusões e exclusões ao seguro, **apenas** provenientes de informação do STI.

Quaisquer pedidos de inclusão ou exclusão que sejam dirigidos à MGEN, provenientes dos próprios, não serão aceites.

As inclusões e exclusões de membros do Agregado Familiar serão efetuadas **exclusivamente na data da renovação da apólice** ou aquando da inclusão de um novo sócio.

Haverá, contudo, uma campanha de novas adesões a decorrer entre 1 de janeiro e 28 de fevereiro de 2026.

6. PERMANÊNCIA NO SEGURO

A inclusão do Agregado Familiar, no âmbito do contrato, obriga à permanência dos respetivos elementos até à data de renovação anual, a qual ocorre a 01.01 de cada ano civil, **independentemente do fracionamento escolhido.**

7. ÂMBITO DO SEGURO

O seguro garante às pessoas seguras o pagamento das despesas resultantes de acidente ou doença, ocorridos ou manifestados durante a vigência da apólice, de acordo com as percentagens e limites máximos contratados.

O Seguro é de reembolso, pelo que se utilizar a rede MGEN, pagará o valor acordado entre o prestador e a MGEN, devendo posteriormente, enviar as faturas/recibo quer para reembolso do subsistema a que pertence (ADSE ou outro) se for o caso, e para a MGEN para comparticipação nos termos das condições da apólice. O valor a pagar no prestador MGEN é o acordado entre esse prestador e a MGEN, valor este que varia de prestador para prestador, não existindo uma tabela fixa e igual para todos os prestadores.

8. COBERTURAS

Partilhamos, abaixo o âmbito das Garantias do contrato, não dispensando o espelhado nas Condições Gerais e Especiais MGEN 2026 as quais se encontram disponíveis para consulta no link [CG 2026 Distribuicao.pdf](#)

Importa ressaltar que as derrogações/ condições adicionais aplicadas e espelhadas nas Condições Particulares prevalecem às Condições Gerais e Especiais.

HOSPITALIZAÇÃO

De acordo com as Condições Especiais 2026 - ARTIGO 1.º - Cobertura Hospitalização,

1. A presente Condição Especial garante, nos termos e até ao(s) limite(s) fixado(s) nas Condições Particulares do Contrato, o pagamento das despesas abaixo indicadas, desde que realizadas em ambiente hospitalar e com Internamento:

- a) Honorários médicos;
- b) Internamento em unidades de cuidados intensivos;
- c) Tratamentos de quimioterapia e radioterapia independentemente da existência de Internamento, bem como medicamentos utilizados no tratamento de doença oncológica ainda que não sejam exclusivamente quimioterápicos;
- d) Cirurgia maxilofacial, quando seja em consequência de Episódio de Urgência ocorrido na vigência do contrato, que requeira Tratamento de Urgência e internamento em Hospital ou Doença Grave;
- e) Diárias da Pessoa Segura;
- f) Enfermagem não privativa;
- g) Consultas e Exames auxiliares de diagnóstico, quando prescritos e realizados durante o Internamento;
- h) Medicamentos administrados durante o Internamento;
- i) Próteses intracirúrgicas;
- j) Cirurgia ou tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia nas situações em que as dioptrias para cada olho, são iguais ou superiores a 4 dioptrias e independentemente da existência de Internamento hospitalar;
- k) Cuidados Continuados ou Paliativos;
- l) Situações de Internamento motivado por perturbações de natureza psíquica;
- m) Cirurgia motivada por obesidade com Índice de Massa Corporal igual ou superior a 40;
- n) Transplantes de órgãos e tecidos e suas implicações;
- o) Recuperação da Pessoa Segura em caso de lesão provocada por ato de terrorismo e de guerra, declarada ou não;
- p) Doenças ou acidentes decorrentes de calamidade natural, ambiental ou climática;
- q) Parto, nos termos definidos no art.º 6.º das presentes Condições Especiais;
- r) Utilização de meios robóticos, na sequência de uma Doença Grave ou quando clinicamente adequada;
- s) Piso de sala de operação e instalações necessárias à realização dos atos médicos cirúrgicos (bloco operatório, sala de recobro, etc.) e material usado no âmbito daqueles (gases de anestesia, oxigénio, etc.);
- t) Transporte terrestre de ambulância de e para um Hospital ou Clínica, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.

Condição adicional : Sublimite Litotricia 1 300,00€

ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATÓRIA

De acordo com as Condições Especiais 2026 - ARTIGO 2.º - Cobertura de Assistência Ambulatório,

1. A presente Condição Especial garante, quando contratada e nos termos e até ao(s) limite(s) fixado(s) nas Condições Particulares do Contrato, o pagamento das despesas inerentes a Serviços Clinicamente Necessários abaixo indicadas, que não requeiram os meios e serviços específicos inerentes a ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados:

- a) Honorários médicos relativos a consultas de Clínica Geral, incluindo a consulta do viajante, bem como as restantes especialidades médicas, desde que reconhecidas pela Ordem dos Médicos;

- b) Tratamentos realizados quando prescritos por Médico e desde que reconhecidos pela Ordem dos Médicos;
- c) Exames auxiliares de diagnóstico, quando prescritos por Médico;
- d) Tratamentos de Medicina Física e de Reabilitação quando prescritos por Médico e realizados por especialista legalmente habilitado;
- e) Cinesioterapia quando prescrita por Médico;
- f) Ozonoterapia quando prescrita por Médico, mediante relatório médico justificativo emitido há menos de doze meses;
- g) Honorários de consultas de Psicologia, desde que realizadas por profissionais inscritos na Ordem dos Psicólogos;
- h) Sessões de Psicoterapia, desde que realizadas por Médico ou Psicólogo inscrito na Ordem dos Psicólogos, com formação específica;
- i) Enfermagem realizada em Hospital ou Clínica;
- j) Transporte terrestre de ambulância de e para um Hospital ou Clínica em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique;
- k) Transporte para Hospital ou Clínica no estrangeiro, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique;
- m) Despesas relacionadas com métodos contraceptivos prescritos, exceto métodos contraceptivos de toma oral, estando estes últimos garantidos na cobertura de medicamentos.

2. As despesas com a aquisição e colocação, se aplicável, de métodos contraceptivos prescritos serão comparticipadas até ao máximo de € 40,00 (quarenta euros) por anuidade.

3. Os honorários médicos garantidos no âmbito da presente Condição Especial estão limitados aos montantes que resultem do produto entre o valor de “K” indicado nas Condições Particulares do Contrato e o número de “K” previsto, relativamente a cada Ato Médico, no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos ou equiparado.

4. A realização das consultas médicas não está limitada.

5. Sem prejuízo do indicado no número anterior, será necessária a apresentação de um relatório médico, emitido há menos de doze meses, que justifique, por motivo de patologia comprovada, a sua realização nos casos seguidamente indicados:

- a) Dermatologia ou Cirurgia Vascular, a partir da 4 (quarta) consulta, inclusive;

6. Apesar de não reconhecida como especialidade pela Ordem dos Médicos, estão garantidas pela presente Condição Especial, um máximo de 6 sessões de acompanhamento no âmbito psicológico por anuidade, abrangendo quer consultas de Psicologia, quer sessões de Psicoterapia.

7. A Medicina Física e de Reabilitação, nomeadamente, a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional, a Terapia Cognitiva, a Terapia da Fala e Cinesioterapia está garantida pela presente Condição Especial nos seguintes termos:

- a) As despesas realizadas em prestação indemnizatória estão garantidas mediante prescrição médica e a partir de 12.ª sessão, por anuidade, dependem de apresentação de relatório médico, emitido há menos de doze meses, que justifique a continuidade dos tratamentos.

- b) Quando a despesa seja realizada pela Pessoa Segura na Rede Médica de Prestadores Convencionados está sempre garantida sem necessidade de prescrição ou relatório médico, emitido há menos de doze meses.

8. Sem prejuízo do disposto nos n.ºs 6 e 7 anteriores, até aos limites fixados nas Condições Particulares do Contrato, o número de sessões de tratamentos médicos não está limitado.
9. Não estão garantidos os produtos de venda livre, tais como fraldas, papas, leites, material de penso, seringas e agulhas, cremes, produtos dietéticos e outros produtos similares.
10. Não serão consideradas na presente Condição Especial despesas do foro estomatológico, bem como as que decorram de Pequena Cirurgia ambulatória.

Condição Adicional:

- ✓ Máximo por consulta, exclusivamente para despesas que não têm comparticipação prévia da ADSE. O mesmo funcionamento sucede com outros subsistemas de que as Pessoas Seguras possam beneficiar.
- ✓ Franquia anual para consultas por Pessoa Segura 50,00€
- ✓ Consultas Psiquiatria - 5 unidades por pessoa/ano
- ✓ Sessões Psicologia e/ou Psicoterapia: até 6 (conjunto) por pessoa/ano
- ✓ As consultas médicas no domicílio, por telefone e vídeo estão garantidas desde que solicitadas através número 211 155 860 ou do número 300 501 950.
- ✓ Consultas de Endocrinologia:
 - a. As 2 (duas) primeiras consultas desta Especialidade Médica, são comparticipadas pela Seguradora sem o pedido de esclarecimentos clínicos adicionais.
 - b. A partir da 3ª consulta, inclusive, a Seguradora para comparticipar as despesas médicas relativas à especialidade, poderá solicitar às Pessoas Seguras esclarecimentos clínicos.
- ✓ Serviços de enfermagem ao domicílio estão incluídos.

MEDICAMENTOS

De acordo com as Condições Especiais 2026 - ARTIGO 5.º - Cobertura de Medicamentos,

1. A presente Condição Especial garante, quando contratada e, nos termos e até ao(s) limite(s) fixado(s) nas Condições Particulares do Contrato, o reembolso das despesas efetuadas com medicamentos, vitaminas e sais minerais, relativamente a Doença Manifestada, e vacinas, para proteção de doenças, sendo alvo de reembolso se registadas no Infarmed, prescritos por Médico e no exclusivo de tratamento da Pessoa Segura.
2. As despesas de medicamentos apenas são reembolsadas mediante o envio simultâneo do recibo e da respetiva prescrição médica, não sendo, no entanto, necessário o envio da referida prescrição quando a despesa tenha sido previamente comparticipada pelo Serviço Nacional de Saúde ou outro subsistema equiparado.
3. A presente Condição Especial garante o reembolso de dispositivos médicos, assim definidos pelo Infarmed, desde que prescritos por Médico e previamente comparticipados pelo Sistema Nacional de Saúde.
4. As despesas de vitaminas e sais minerais serão alvo de reembolso mediante o envio da prescrição médica, bem como do relatório médico emitido há menos de doze meses, que, por patologia comprovada, justifique a sua utilização.

5. Não são considerados na presente Condição Especial produtos fármacos manipulados e produtos

ESTOMATOLOGIA

De acordo com as Condições Especiais 2026 - ARTIGO 3.º - Cobertura de Medicina Dentária e Estomatologia,

1. A presente Condição Especial garante, quando contratada e nos termos e até ao(s) limite(s) fixado(s) nas Condições Particulares do Contrato, o pagamento das despesas do foro estomatológico e/ou maxilofacial, abaixo indicadas:

- a) Consultas e tratamentos;
- b) Internamento hospitalar;
- c) Honorários médicos;
- d) Tratamentos ambulatoriais e outros atos clínicos, bem como exames auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por Médico Estomatologista, de Medicina Dentária ou Maxilofacial;
- e) Limpezas dentárias, exceto despesas relacionadas com o branqueamento dentário, jatos de bicarbonato, aplicação tópica de flúor e remoção de pigmento;
- f) Ortodontia;
- g) Aquisição de próteses dentárias;
- h) Cirurgia do foro estomatológico ou maxilofacial quando seja consequência de Doença que não esteja contemplada na alínea d) do n.º 1 do art.º 1.º das presentes Condições Especiais.

2. No âmbito da presente Condição Especial não são garantidos os custos decorrentes da utilização de materiais preciosos.

PRÓTESES / ORTÓTESES

De acordo com as Condições Especiais 2026 - ARTIGO 4.º - Cobertura de Próteses e Ortóteses,

A presente Condição Especial garante, quando contratada e nos termos e até ao(s) limite(s) fixado(s) nas Condições Particulares do Contrato, o pagamento das despesas abaixo indicadas efetuadas com os instrumentos clinicamente concebidos que substituem totalmente ou parcialmente a perda de um membro ou órgão, bem como aqueles que têm por finalidade ajudar tal membro ou órgão a cumprir, no todo ou em parte, as suas funções, desde que prescritas por um Médico da especialidade no âmbito da qual a prótese ou ortótese se revela clinicamente necessária, Optometrista ou Ortoptista:

- a) Armações, quando adquiridas com as respetivas lentes graduadas;
- b) Lentes graduadas;
- c) Lentes de contacto graduadas;
- d) Outras próteses ou ortóteses auditivas, oculares e ortopédicas; e) Aquisição ou aluguer de cadeiras de rodas, camas articuladas, canadianas, equipamentos de CPAP e ventiloterapia;
- f) Perucas e soutiens de suporte de mastectomia, na sequência de Doença Grave que tenha ocorrido na vigência do Contrato.

2. As despesas associadas às alíneas a) e b) estão garantidas a cada duas anuidades do Contrato, exceto quando se verifique a alteração da graduação relativamente à prescrição anterior, ou no caso de menores, quando a necessidade de trocar de óculos seja em consequência do crescimento da criança.
3. No âmbito da presente Condição Especial não são garantidos os líquidos de manutenção de lentes de contacto graduadas.
4. Não serão consideradas as situações de furto, roubo, extravio ou quebra de óculos ou lentes, exceto quando consequência de Acidente garantido pelo Contrato, desde que a participação do Acidente seja acompanhada de documento comprovativo das lesões físicas provocados à Pessoa Segura, elaborado pelo médico, Hospital ou Clínica que prestou assistência à mesma.

Condição Adicional: A ventiloterapia, fica garantida se em consequência de acidente e/ou doença comprovada por relatório médico.

PARTO

De acordo com as Condições Especiais 2026 - ARTIGO 6.º - Cobertura de Parto,

1. A presente Condição Especial, integrada na cobertura de Hospitalização, garante, nos termos e até ao(s) limite(s) fixado(s) nas Condições Particulares do Contrato, o pagamento das despesas abaixo indicadas relacionadas com o Parto (normal ou cesariana) ou interrupção da gravidez:

- a) Honorários médicos e de enfermagem relacionados com a assistência prestada;
- b) Sala de operações, instrumentos e material utilizado;
- c) Exames auxiliares de diagnóstico;
- d) Medicamentos administrados à Pessoa Segura durante o Internamento hospitalar;
- e) Diária hospitalar da parturiente;
- f) Diária hospitalar do recém-nascido,
- g) Despesas relativas a cuidados intensivos neonatais;
- h) Transporte terrestre de ambulância para um Hospital ou Clínica em Portugal.

2. O âmbito de cobertura da presente Condição Especial cessa no momento da alta médica definitiva da parturiente, incluindo-se nesta cobertura quaisquer complicações ou eventos adversos posteriores à alta decorrentes do parto.

3. Os subsequentes cuidados do recém-nascido deverão ser salvaguardados mediante subscrição de apólice nos termos da Condições Gerais em vigor.

4. No caso de Parto realizado em casa, a presente Condição Especial garante, nos termos e até ao(s) limite(s) fixado(s) nas Condições Particulares do Contrato, o pagamento, dos honorários médicos e de enfermagem relacionados com a assistência prestada.

5. Os honorários médicos cirúrgicos garantidos na presente Condição Especial são limitados aos montantes que resultem do produto entre o valor de “K” indicado nas Condições Particulares do Contrato e o número de “K” previsto, relativamente a cada Ato Médico, no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos ou equiparado.

6. Não estão cobertas despesas com acompanhantes ou quaisquer outras despesas de natureza particular.
7. Apenas se considera no âmbito da presente Condição Especial, o Parto e a interrupção voluntária da gravidez cujo início de gestação, medicamente atestada, seja em data posterior à inclusão da Pessoa Segura no Contrato.

MEDICINA ONLINE E AO DOMICÍLIO

De acordo De acordo com as Especiais 2026- ARTIGO 13.º - Cobertura de Medicina Online e ao Domicílio,

1. A presente Condição Especial garante, quando contratada e nos termos fixados nas Condições Particulares do Contrato, que 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 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias do ano. Esta Condição Especial é garantida no regime de Prestações Convencionadas (rede), de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares do Contrato, e desde que os serviços sejam solicitados pela Pessoa Segura à MGEN através do telefone número 211 155 860, podendo envolver os serviços abaixo indicados.

a) Consulta médica por telefone, que garante à Pessoa Segura a realização de consultas por telefone com um Médico especializado em Medicina Geral e Familiar.

b) Consulta Médica por Videoconferência, que garante à Pessoa Segura a realização de consultas por videoconferência com Médico ou Profissional de Saúde especializado na respetiva área de atuação (antes do início da consulta, a Pessoa Segura receberá um e-mail com uma hiperligação para estabelecer contacto por vídeo com o Médico/Profissional de Saúde).

c) Consulta médica ao domicílio, que garantindo 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, caso em que o custo do transporte será suportado pela Pessoa Segura.

2. As garantias previstas nas alíneas a) a c) anteriores está limitada a uma utilização diária.

3. A presente Condição Especial não se destina a situações urgentes ou emergentes. A equipa médica responsável está disponível para aconselhar a Pessoa Segura em problemas de saúde ligeiros ou moderados, podendo, se necessário, prescrever e tirar dúvidas sobre medicamentos e/ou exames, contudo, em caso de urgência, a Pessoa Segura deverá sempre contactar o serviço do INEM através do número de telefone 112.

4. Sempre que a Pessoa Segura tenha idade inferior a 18 (dezoito) anos, os serviços deverão ser solicitados pelo seu Representante Legal.

5. Caso o Médico considere que não tem informação suficiente para emitir um parecer fundamentado, poderá encaminhar a Pessoa Segura para o serviço médico que considere mais adequado.

6. No âmbito da presente Condição Especial, a MGEN não é responsável pelos diagnósticos realizados por médicos.

7. A cobertura de Medicina Online e ao Domicílio encontra-se sujeita ao Período de Carência, participações, reembolsos, capital seguro, franquias e copagamentos previstos nas Condições Gerais e nas Condições Particulares do Contrato.

MINDCARE

De acordo com as Condições Especiais 2026 - ARTIGO 16.º - Cobertura MindCare,

1. A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, quando contratada e nos termos e até ao(s) limite(s) fixado(s) nas Condições Particulares do Contrato, o acesso a cuidados de saúde mental, que inclui vídeo-

consultas de Psiquiatria e/ou Psicologia, realizadas, respetivamente, por Médico Psiquiatra e Psicólogo inscrito na Ordem dos Psicólogos.

2. Pela presente Condição Especial estão garantidas vídeo-consultas, que deverão ser solicitadas pela Pessoa Segura à MGEN através do telefone número 211 155 860, de psiquiatria geral e psicologia para adultos, adolescentes e crianças, bem como, intervenções psicoterapêuticas de base cognitivocomportamental, podendo ser utilizadas outras ferramentas psicoterapêuticas, que o profissional que determinar a sua utilização considere adequadas a cada situação clínica. Pela presente Condição Especial garante-se a realização de 1 (uma) vídeo-consulta de avaliação psicológica no caso de menores de 16 (dezassexes anos), no entanto, o acompanhamento subsequente dos mesmos fica condicionado à apreciação do Psicólogo assistente, por forma a garantir a proteção da Pessoa Segura e a as regras da melhor prática clínica.

3. Esta Condição Especial é garantida no regime de Prestações Convencionadas (rede), de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares do Contrato, e desde que os serviços sejam solicitados pela Pessoa Segura à MGEN ou a entidade nomeada por esta para o efeito, sempre mediante agendamento prévio e de acordo com a disponibilidade dos serviços.

4. A presente Condição Especial não se destina a situações de urgência ou de emergência. 5. Não é considerada na presente Condição Especial terapia de casal.

6. No âmbito da presente Condição Especial, a MGEN não é responsável pelos diagnósticos realizados por médicos psiquiatras/psicólogos envolvidos na prestação de cuidados a que a mesma se refere.

7. A aplicação da presente Condição Especial não exclui a aplicação do disposto nas Condições Gerais e Particulares do Contrato, nomeadamente, mas sem exclusão de quaisquer outros, do disposto nos artigos 4.º e 5.º das Condições Gerais, sendo os períodos de carência a aplicar contabilizados desde a data de contratação da presente cobertura.

8. A presente Condição Especial encontra-se sujeita aos períodos de carência, participações, capitais seguros, franquias e copagamentos previstos nas Condições Gerais e nas Condições Particulares do Contrato.

EUTELMED – PLATAFORMA DIGITAL NO ÂMBITO DA SAÚDE

Numa altura em que se fala cada vez mais da necessidade de garantir o equilíbrio entre o físico e mental a MGEN disponibiliza um serviço totalmente gratuito, o qual se traduz no acesso a uma plataforma inovadora capaz de prevenção de saúde mental e qualidade de vida no trabalho “Caring By Eutelmed”.

Este serviço tem como objetivo proporcionar aos colaboradores bem estar mental, essencial para uma vida profissional e pessoal equilibradas, e está consubstanciado numa plataforma digital de prevenção de saúde mental e qualidade de vida no trabalho.

Com base numa plataforma digital única, Caring by Eutelmed, e assente numa rede internacional de psicólogos, estão disponíveis tanto para benefício particular, como das organizações oferecendo uma abordagem holística sobre o bem-estar e desempenho.

Esta plataforma digital multilingue, em parceria com a EUTELMED, permite aos trabalhadores beneficiarem dos seguintes serviços preventivos:

- Obter ajuda e aconselhamento através de uma linha de apoio 24 horas por dia 7 dias por semana, disponível em 6 línguas: português, francês, inglês, espanhol, italiano, mandarim-chinês.

- Consciencializar sobre os desafios da qualidade de vida no trabalho através de módulos e-learning lúdicos e pedagógicos;

- Autoavaliação utilizando escalas cientificamente estudadas para medir o stress, ansiedade, qualidade do sono, etc;

- Informação sobre como manter e melhorar o bem-estar e a saúde mental na sua vida profissional e pessoal;

Cada aderente após ter rececionado um e-mail de MGEN Seguros de Saúde deverá selecionar a opção **Obter Código**. Depois só precisa de entrar na Plataforma [CARING by EUTELMED](#) e digitar o seu código.

Não encontra o seu código? Utilize MGENSTIPT

De acordo com as Condições Especiais ARTIGO 15.º - Cobertura de Prevenção da Saúde Mental e Promoção da Qualidade de Vida no Trabalho:

1. A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura abrangida por contrato de seguro de Grupo Fechado o acesso gratuito a uma plataforma denominada Caring by Eutelmed que tem como objetivo disponibilizar ferramentas em âmbito digital de promoção de bem-estar mental e de conciliação entre a vida profissional e pessoal, permitindo-lhe aceder aos seguintes serviços:
 - a) Auto-Avaliação, garantindo o acesso a questionários de mensuração dos níveis de stress, de ansiedade, de depressão, de dependência e de qualidade do sono, permitindo uma avaliação do nível pessoal de bem-estar e a necessidade de apoio em várias dimensões da vida de cada um;
 - b) Sensibilização, garantindo o acesso a uma plataforma de conteúdos sobre os principais temas relacionados com a prevenção dos riscos psicossociais e com a gestão da qualidade de vida no trabalho, nomeadamente, artigos, webinars e vídeos concebidos pelos especialistas;
 - c) E-Learning, garantindo o acesso a um conjunto de módulos de aprendizagem, concebidos para permitir uma melhoria das competências e práticas no domínio da prevenção psicossocial e ajudando a assumir o controlo do próprio bem-estar;
 - d) Centro de Escuta, garantindo o acesso em direto, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, a um psicólogo experiente que proporcionará apoio psicoemocional e aconselhamento psicológico.
2. Os serviços a que se faz referência no número anterior não constituem uma avaliação formal, aconselhamento ou cuidados médicos e qualquer situação que exija intervenção médica não se enquadra no âmbito dos mesmos, que não podem, igualmente, em circunstância alguma, ser considerados como, ou constituir, um substituto para tratamento médico individual ou um serviço médico institucional.
3. Para aceder a este serviço, a Pessoa Segura abrangida, deve utilizar um código de ativação de acesso à plataforma que lhe é enviado através do endereço de correio eletrónico registado no Contrato de que seja titular.
4. O código indicado no parágrafo anterior permitirá à Pessoa Segura aceder ao site <https://caring.eutelmed.com> e desta forma beneficiar de todos os serviços indicados no n.º 1 do presente artigo, ocorrendo estes em total confidencialidade e anonimato, salvo nas situações em que a Pessoa Segura não reconheça não estar bem e que possam comprometer a integridade física ou mental da mesma ou de terceiros, situações nas quais o profissional que garante o atendimento acionará os meios de emergência médica (serviço 112), sempre que for possível a identificação e localização daquela.

5. Se, no que se refere ao serviço que se enquadra na alínea d) do n.º 1 do presente artigo, no final da chamada, o Psicólogo que atende a mesma identificar a necessidade de acompanhamento subsequente em moldes estruturados, aquele deverá transmitir o seu parecer à Pessoa Segura, indicando-lhe que deve consultar as condições contratuais do Contrato de que beneficia, de modo a conhecer as opções de Comparticipação disponíveis no âmbito do acompanhamento psicológico e psicoterapêutico.
6. O responsável pelo tratamento dos dados transmitidos através da plataforma da Eutelmed é a entidade prestadora dos serviços a que se refere o presente artigo (Eutelmed SAS (SIREN 52845366500036)).

Aplicação das Condições Gerais e Especiais em vigor, com as devidas derrogações abaixo indicadas no sentido de manter o mesmo nível de garantias, nomeadamente:

Pela presente Condição Particular, derrogam-se as obrigações previstas no art.º 23.º n.º 1, subcapítulo Prestações Indemnizatórias, alínea c), bem como, n.º 3 do referido artigo das Condições Gerais, dispensando-se a obrigação prévia da Pessoa Segura solicitar Pré-autorização aos serviços clínicos da MGEN, sem prejuízo de posterior análise clínica e contratual pela MGEN. Após realização da despesa, a Pessoa Segura obriga-se a apresentar os recibos originais das despesas efetuadas, os quais terão obrigatoriamente de indicar o nome do doente a que respeitam, discriminar os serviços prestados, bem como, a identificação dos atos médicos a reembolsar, com indicação dos códigos da Tabela da Ordem dos Médicos, e a especialidade médica em que os mesmos se enquadram, devendo ainda obedecer às normas legais em vigor, nomeadamente as de natureza fiscal.

9. INCLUSÕES E EXCLUSÕES – CONDIÇÕES E PERÍODOS DE CARÊNCIA

ACTUAIS ADERENTES DO SEGURO DE SAÚDE

Para o universo seguro - sócios e membros do agregado familiar- seguro na MGEN há um ano completo, estão isentos TODOS os períodos de carência. Os restantes aderentes com menos de um ano de vigência na MGEN, estão isentos dos períodos “normais”* de carência até completarem 1 ano MGEN.

(*) – Períodos de carência previstos nas alíneas a) e b) do ARTIGO 4.º - Período de Carência e Entrada em Vigor das Garantias das Condições Gerais e Especiais. Aplicam-se, assim, os períodos de carência alargada previstos na alínea c) considerando a respetiva derrogação ilustrada nas condições particulares.

INCLUSÃO DE MEMBROS DO AGREGADOS FAMILIAR EM DATA DIFERENTE DA DATA DE INCLUSÃO DO SÓCIO – CONDIÇÕES

1. Durante a vigência do Contrato qualquer inclusão de Pessoa Segura verificar-se-á exclusivamente, na data da sua renovação, exceto nos casos seguintes:
 - a) Admissão no STI de um novo Sócio e do respetivo Agregado Familiar;
 - b) Casamento;
 - c) Nascimento ou adoção de um novo membro do agregado familiar e desde que a inclusão no

mesmo ocorra no prazo máximo de 60 (trinta) dias e desde que a data de adesão coincida com a data do evento que dá origem a tal inclusão;

d) Término de uma das exceções previstas, desde que, devidamente comprovado/fundamentado;

2. Os eventos previstos nas alíneas do número anterior deverão ser comunicados à MGEN até 60 (sessenta) dias após a sua ocorrência.

3. Qualquer alteração da composição do Agregado Familiar deve ser comunicada à MGEN dentro dos 60 (sessenta) dias seguintes à sua ocorrência.

Nas situações acima descritas, se comunicados à MGEN até 60 (sessenta) dias após a sua ocorrência estarão isentos dos períodos “normais” de carência, ficando sujeitas aos períodos de carência alargados previstos na alínea c) do Artº 4 das Condições Gerais e Especiais.

Ultrapassado o período de 60 dias indicado, a respetiva entrada apenas poderá ocorrer na renovação do contrato, sendo aplicados os períodos de carência previstos no ARTIGO 4.º - Período de Carência e Entrada em Vigor das Garantias das Condições Gerais e Especiais.

1. Salvo disposição em contrário e expressamente referida na listagem de Pessoas Seguras que conste das Condições Particulares do Contrato, a entrada em vigor das garantias do mesmo, em relação a cada Pessoa Segura, verificar-se-á, em caso de doença, depois de decorridos os períodos de carência seguidamente referidos:

a) O Período de Carência para qualquer prestação convencionada (rede) ou indemnizatória (fora da rede) na sequência de doença é de 90 (noventa) dias, com exceção das situações previstas nas alíneas seguintes;

b) O Período de Carência é alargado para 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias em caso de litotricia renal, intervenção cirúrgica do foro ginecológico por patologia benigna, hemorroidectomia, mastectomia por patologia benigna, tireoidectomia por patologia benigna e colecistectomia, rinoseptoplastia e septoplastia, amigdalectomia, adenoidectomia e miringotomia, cirurgia artroscópica ou de artrotomia, tratamento cirúrgico de hérnias, varizes, roncopia, apneia do sono, terapia do sono, tratamentos e cirurgias oculares;

c) O Período de Carência é também alargado para 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias em caso de Doença Grave, doença e acidente pré-existente, Doença Crónica, doença ou patologia provocada por malformação congénita, tratamentos resultantes da infeção do vírus HIV/SIDA, transplantes de órgãos e tecidos e suas implicações, patologias hepáticas, tratamentos de hemodiálise, Cuidados Continuados e Cuidados Paliativos, doenças do foro psiquiátrico, doenças epidémicas oficialmente declaradas, cirurgia e atos médicos no tratamento da obesidade mórbida e lesões resultantes de calamidades naturais, terrorismo e atos de guerra.

2. O Período de Carência começa a contar a partir da data de efeito da adesão de cada Pessoa Segura, salvo acordo em contrário.

3. Aplicam-se relativamente a novas coberturas e a aumentos de capital solicitados pelo Tomador do Seguro em relação ao Contrato anterior, os períodos de carência contratualmente previstos.

4. Não haverá lugar à aplicação de períodos de carência em relação à Pessoa Segura, nas situações previstas nas alíneas a) e b) do n.º 1, em caso de:

a) Acidente ou Doença Súbita, que ocorra após o início da vigência das garantias, que requeira Tratamento de Urgência num Prestador de Saúde.

b) Transferência de um contrato de Seguro Anterior no qual já estivessem garantidas as situações clínicas referidas nessas alíneas, desde que aquele contrato remeta para apólice de seguro de natureza individual ou

de grupo fechado na modalidade contributiva para a Pessoa Segura e que a transferência não tenha resultado de exclusão da iniciativa do anterior segurador, sem prejuízo das regras de subscrição em vigor.

c) Novos colaboradores na empresa (ou novos associados de um Grupo Fechado) quando admitidos nas organizações há menos de 30 (trinta) dias e quando o Contrato esteja em vigor há, pelo menos, 90 (noventa) dias;

d) Para o cônjuge, por motivo de casamento, ou para dependentes, por nascimento ou adoção se o restante Agregado Familiar estiver previamente incluído no Contrato e desde que a sua comunicação e inclusão no mesmo ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias e desde que o início do risco coincida com a data do evento que dá origem a tal inclusão.

5. Não haverá lugar à aplicação de períodos de carência em relação à Pessoa Segura, nas situações previstas na alínea c) do n.º 1, em caso de:

a) Doenças, que digam respeito a bebés nascidos durante a vigência do Contrato e que sejam incluídos no mesmo no prazo de 30 (trinta) dias a contar do nascimento e desde que o início do risco coincida com a data do nascimento;

b) Enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, trombose, quando ocorram depois do início de vigência das garantias e impliquem Tratamento de Urgência em Hospital ou Clínica;

c) Transferência de um contrato de Seguro Anterior no qual já estivessem garantidas as situações clínicas referidas nessa alínea, desde que aquele contrato remeta para apólice de seguro de natureza individual ou de grupo fechado na modalidade contributiva para a Pessoa Segura e que a transferência não tenha resultado de exclusão da iniciativa do anterior segurador, sem prejuízo das regras de subscrição em vigor.

6. Em caso de transferência de seguro e sem prejuízo das regras de subscrição em vigor, para análise do pedido a MGEN solicitará a seguinte documentação comprovativa:

a) Cópia das Condições Gerais e Particulares do contrato de Seguro Anterior;

b) Cópia do último recibo de Prémio pago do contrato de Seguro Anterior;

c) Declaração emitida pelo segurador anterior, indicando o motivo da anulação, bem como, data de início e de fim do seguro anterior;

d) Documentação adicional a especificar em função da natureza do risco.

7. A documentação a que se refere o número anterior deste artigo deve ser enviada pelo Tomador do Seguro à MGEN no prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data de início do risco, sob pena de a transferência de Seguro não ser considerada.

NOTA: OS PERÍODOS DE CARÊNCIA ACIMA INDICADOS APLICAM-SE IGUALMENTE A TODAS AS SITUAÇÕES DE REENTRADA, ASSIM COMO, PARA TODAS AS NOVAS ADESÕES CUJOS SÓCIOS E/OU MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR TENHAM UMA IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 60 ANOS.

INCLUSÃO DE NOVOS SÓCIOS E DE MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR EM SIMULTÂNEO COM O SÓCIO

Na inclusão de novos Sócios na apólice não serão aplicados os períodos “normais”* de carência, desde que a data de adesão do Sócio ao seguro seja a data de admissão ao Sindicato.

Na inclusão de membros do Agregado Familiar em simultâneo com o Sócio, ou no prazo de 60 dias após a data de inclusão do Sócio, também não serão aplicados os períodos “normais” de carência.

Em relação à cobertura do Parto não se aplicam períodos de carência, mas, sim, uma condição de elegibilidade. Isto é, apenas se considera o Parto e a interrupção voluntária da gravidez cujo início de gestação, medicamente atestada, seja em data posterior à inclusão da Pessoa Segura no Contrato de seguro.

(*) – 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. Aplicam-se, assim, os períodos de carência alargada previstos na alínea c).

REENTRADA DE SÓCIOS OU REENTRADA DE MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR

As reentradas apenas podem ser analisadas na renovação do contrato, a qual ocorre a 01.01 de cada ano civil, sendo aplicados todos os períodos de carência previsto no Artº 4 - Período de Carência e Entrada em Vigor das Garantias das Condições Gerais e Especiais.

CAMPANHA DE NOVAS ADESÕES

TAMBÉM NÃO SERÃO APLICADOS OS PERÍODOS “NORMAIS” DE CARÊNCIA ÀS INCLUSÕES DOS ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR, DESDE QUE ESTAS SEJAM EFETUADAS ATÉ 28 DE FEVEREIRO DE 2026.

(*) – 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. Aplicam-se, assim, os períodos de carência alargada previstos na alínea c).

10. DOENÇAS MANIFESTADAS

Para o universo transferido da congénere, a determinação de uma pré-existência terá em consideração a data de adesão ao anterior seguro de grupo. Todo universo transferido em 2024 para a MGEN que completa a 01.01.2026 um ano na MGEN, fica, assim, isento de todos os períodos de carência previstos.

Por sua vez, para as novas inclusões ou inclusões efetuadas durante a anuidade de 2024, a determinação de uma pré-existência terá em consideração a data de adesão ao seguro MGEN. Para este universo, as situações previstas na alínea c) do Artº 4 das Condições Gerais e Especiais, têm um período de carência de 365 dias. Desta forma, para as situações de doenças manifestadas ou acidentes ocorridos antes da data de inclusão da Pessoa no seguro aplica-se um período de carência de 365 dias.

11. ÂMBITO DAS COBERTURAS

As presentes condições só têm validade para os Cuidados de Saúde prestados em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas dos Açores e Madeira, exceto se o evento ocorrer por acidente ou doença súbita – urgência – conforme comprovativo do relatório Clínico explicativo, se o mesmo ocorrer durante uma viagem ou estadia no Estrangeiro, com duração não superior a 90 dias.

12. OUTRAS CONDIÇÕES

É sempre da livre escolha das pessoas seguras o médico, hospital ou clínica a utilizar.

As diferenças entre os valores reclamados pelas pessoas seguras e comparticipados pela seguradora darão lugar a declarações individuais para efeitos de IRS.

Serão igualmente emitidas as declarações correspondentes aos respetivos elementos do agregado familiar, para os quais o seguro é contributivo.

De acordo com a legislação em vigor, para efeitos de emissão de declaração de IRS é imprescindível a partilha do NIF de todas as Pessoas Seguras, pelo que sem esse elemento não serão emitidas declarações.

13. EXCLUSÕES

Ficam excluídos do Contrato:

1. Todos os atos médicos praticados em consequência de uma alteração ou agravamento no estado de saúde da Pessoa Segura, que tenha sido dolosamente provocado por esta;
2. Perturbações provocadas pelo consumo excessivo de álcool, uso de estupefacientes e/ ou narcóticos quando não prescritos por um Médico;
3. Todos os atos médicos e medicamentos relacionados com o tabagismo;
4. Despesas efetuadas com estadias em casas de repouso ou convalescença, termas, sanatórios, lares, residências assistidas, centros de tratamento de toxicodependência, alcoolismo e/ou qualquer outra dependência química e outros estabelecimentos similares, bem como, correspondentes tratamentos.
5. Despesas relativas a estados de perda de autonomia que impliquem assistência por parte de terceiros, salvo em caso de Internamento hospitalar ou se realizadas em Prestador de Rede Convencionada para esse ato médico.;
6. Tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos, bem como, medicamentos não aprovados pelo *Infarmed*, exceto quando expressamente indicados nas Condições Particulares do Contrato e no âmbito do estabelecido nas Condições Especiais do mesmo;
7. Situação em que a Pessoa Segura solicita alta hospitalar contra parecer médico;

8. Despesas relacionadas com tratamentos de infertilidade e reprodução medicamente assistida, incluindo consultas, exames auxiliares de diagnóstico, testes, medicamentos, métodos de fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências dos mesmos;
9. Check-ups e/ou rastreios gerais de saúde preventivos, exceto quando expressamente indicado nas Condições Particulares do Contrato e no âmbito do estabelecido nas Condições Especiais do mesmo;
10. Tratamentos de enfermagem privados e/ou prestados no domicílio, bem como a realização domiciliária de quaisquer exames ou tratamentos (incluindo a fisioterapia);
11. Despesas, tratamentos e atos médicos que não se encontram ao abrigo da definição de Serviços Clinicamente Necessários, nomeadamente tratamentos experimentais, tratamento que necessitem de comprovação da validade clínica ou tratamentos realizados no âmbito de projetos de investigação;
12. Todos os atos médicos de natureza estética ou plástica exceto se, em consequência de doença maligna ou Acidente ocorrido na vigência do Contrato, forem considerados por um Médico como clinicamente necessários para a sobrevivência e a saúde da Pessoa Segura;
13. Tratamentos de rejuvenescimento e/ou emagrecimento, bem como, os motivados por excesso de peso, exceto nas situações de obesidade mórbida;
14. Doenças profissionais e acidentes de trabalho, bem como os acidentes e doenças cobertas por seguros obrigatórios;
15. Acidentes ocorridos e doenças contraídas no âmbito da prática das atividades perigosas, seguidamente indicadas:
 - a) participação em competições desportivas com veículos, providos ou não de motor e respetivos treinos;
 - b) prática de desportos sobre a neve ou gelo ou de desportos náuticos, nomeadamente, surf, snowboard, caça submarina, mergulho, canoeing, rafting e outros desportos análogos na sua perigosidade;
 - c) prática de luta e pugilismo, artes marciais, para-quedismo, ciclismo downhill, enduro e cross-country, tauromaquia, caça, equitação, espeleologia, escalada, rappel, alpinismo, montanhismo, bungee-jumping, queda livre, parapente, asa delta, voo utilizando fatos planadores ou saltos realizados a partir de plataformas físicas e qualquer outra ocupação, prática ou situação que envolva um risco de perigosidade análoga; d) utilização de veículos providos de motor fora da via pública (vias de comunicação terrestre em estradas não pavimentadas).
16. Quaisquer despesas decorrentes de facto suscetível de constituir crime;
17. Todas as despesas que ultrapassem os limites máximos de capital seguro anual por garantia;
18. Todas as despesas não devidamente documentadas pelos recibos originais ou cópias certificadas dos mesmos ou submetidas para reembolso através dos canais digitais suportando-se em documentos ilegíveis;
19. Consultas ou exames médicos que se destinem unicamente à emissão de atestados, declarações, certificados ou informação de qualquer tipo que não tenha fins assistenciais ou terapêuticos;
20. Despesas realizadas e/ou prescritas por médicos que sejam cônjuges, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura, ou pela própria;
21. Prestações de ação social

14. SEGURO COMPLEMENTAR À ADSE

O seguro de saúde funciona em complementaridade com o subsistema de segurança social da ADSE, ou com outro, no caso de membros do agregado familiar não beneficiários desta (por exemplo, SAMS, ADMA, ADMG, etc.).

Todas as despesas pré-comparticipadas acima de 2.000€ serão analisadas e, se necessário, será solicitada informação adicional.

15. NORMAS A OBSERVAR NOS PEDIDOS DE REEMBOLSO

PORTAL MY ADVANCECARE VIA APP OU SITE:

Para utilizar o myAdvancecare basta aceder a my.advancecare.pt ou, em alternativa, descarregar a app disponível nas Webstores Google Play e App Store. Se ainda não se registou só precisa de ter consigo o seu NIF e o número de cartão de seguro de saúde.

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 > Confirme a Pessoa a que se refere a despesa > Selecionar ficheiro e Fazer Upload > Confirmar e enviar > Selecionar Cobertura, Ato médico e valor da fatura > Anexar informação adicional se necessário > Confirmar e enviar.

Este processo dispensa a impressão e/ou envio dos respetivos documentos pelo correio.

Na impossibilidade de remeter a documentação pelas plataformas digitais, pode ainda enviar, os documentos para comparticipação, pelo correio, utilizando o impresso próprio para capear as despesas, para:

STI

AV. CORONEL EDUARDO GALHARDO, Nº 22- B
1199-018 LISBOA
FAX: 21 815 0095
E-MAIL: geral@stimpastos.pt

Todas as despesas rececionadas pelo STI até 2ª feira serão levantadas e redirecionadas nessa mesma semana para a ADVANCECARE.

OU

MGEN/ADVANCECARE

APARTADO 2227
1106-001 LISBOA

A MGEN pagará o montante devido no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis após a receção dos pedidos de reembolso devidamente acompanhados dos justificativos necessários para a regularização da respetiva despesa.

CONSULTAS

Relativamente às consultas – cuidados primários e consultas de especialidade - (exceto tratando-se de dentista: ver estomatologia) é dispensada a declaração da ADSE para efeitos de complemento de comparticipação, devendo ser remetidas apenas as faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas onde conste sempre a especialidade médica e o nº de beneficiário ADSE.

Em suma,

Para consultas efetuadas dentro da Rede Convencionada ADSE, o aderente deverá remeter-nos a fatura com a indicação do nº 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 comparticipação, devendo ser remetidas apenas as faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas onde conste sempre a especialidade médica e nº 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, analisada em conformidade com essa mesma informação.

CONSULTAS DE CIRURGIA VASCULAR

Estão cobertas 2 consultas de cirurgia vascular por anuidade, sem necessidade de serem comprovadas por eco doppler.

CONSULTAS DE PSICOLOGIA e PSICOTERAPIA

Apesar de não reconhecida como especialidade pela Ordem dos Médicos, estão garantidas um máximo de **6 sessões de acompanhamento no âmbito psicológico** por anuidade, abrangendo quer consultas de Psicologia, quer sessões de Psicoterapia.

Mesmo que a ADSE participe mais consultas, irá prevalecer sempre as Condições Gerais, Especiais e Particulares da presente Apólice MGEN.

CONSULTAS DE PSIQUIATRIA

Estão cobertas cinco consultas de psiquiatria por anuidade.

CONSULTAS DE ENDOCRINOLOGIA

As duas primeiras consultas de endocrinologia por anuidade são comparticipadas sem que sejam pedidos esclarecimentos clínicos.

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, mesmo que tendo sido atingidos os limites de participação ano da ADSE e a declaração seja emitida com participação 0.

Os recibos deverão ser acompanhados de nota discriminativa de todos os atos efetuados, com a indicação das respetivas datas e dos dentes ou elementos em causa.

Relativamente aos aparelhos dentários é necessário o envio de estudo ortodôntico, análise cefalométrica e ortopantomografia.

MEDICAMENTOS

Uma vez que todas as pessoas seguras são beneficiárias da ADSE, de outros subsistemas ou do Serviço Nacional de Saúde, a seguradora só participará nos remanescentes participados pelo SNS.

As despesas de medicamentos apenas são reembolsadas mediante o envio simultâneo do recibo e da respetiva prescrição médica, não sendo, no entanto, necessário o envio da referida prescrição quando a despesa tenha sido previamente participada pelo Serviço Nacional de Saúde.

PRÓTESES E ORTÓTESES

No que consiste nos aros, lentes oftalmológicas e lentes de contato, é dispensável a declaração da ADSE indicando o montante participado, anexando as faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas, bem como a prescrição médica, passada por médico da especialidade ou optometrista. O envio a posteriori da Declaração da ADSE é indispensável, bem como prescrição de optometrista ou médica, uma vez que a ADSE tem limites para participação de aros e lentes (2 por ano).

Relativamente às próteses e a outras ortóteses não referidas no parágrafo anterior, é também necessário juntar, para além dos documentos ali referidos, a declaração da ADSE indicando o montante participado.

EM CASOS DE INTERNAMENTO SUPERIOR A 24 HORAS (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 €.

MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR NÃO BENEFICIÁRIOS DA ADSE

Os membros do agregado familiar beneficiários de outro subsistema que participe nas despesas (por exemplo, SAMS, ADMA, ADMG, etc.) deverão remeter a declaração da entidade de que são beneficiários, com indicação do montante participado, em todos os casos onde, nos pontos anteriores, se refere a necessidade de declaração da ADSE.

Por sua vez, os membros do agregado familiar somente beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, nos casos em que este não participe nas despesas, deverão expressamente referir no pedido de reembolso que NÃO SÃO beneficiários da ADSE, nem de nenhum subsistema que participe nas despesas

EMIÇÃO CARTA DE CONFORTO – SOMENTE PARA BENEFICIÁRIOS EXCLUSIVAMENTE DO SNS

De forma a transmitir um maior conforto aos Aderentes **não beneficiários de um subsistema (só beneficiários SNS)** a MGEN disponibiliza a possibilidade de, sempre que um aderente necessite de efetuar um procedimento no âmbito da Hospitalização, submeter um pedido de “pré-autorização” à MGEN, para que previamente o processo seja analisado, permitindo, assim, ao aderente ter o conhecimento prévio de quais os atos médicos que estarão cobertos/ serão alvo de posterior reembolso por parte da MGEN.

Desta forma, não será emitido um Termo de Responsabilidade, mas, sim, uma Carta de Conforto.

Uma vez que a apólice funciona na modalidade de reembolso, a pessoa segura terá que efetuar o pagamento da totalidade da despesa e submeter posteriormente para reembolso.

CARACTERÍSTICAS GERAIS A QUE DEVEM OBEDECER AS FATURAS, FATURAS-RECIBO OU FATURAS SIMPLIFICADAS

- 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 passadas em nome da pessoa segura e com o NIF a quem foram prestados os cuidados médicos;
- Não se aceitam faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas rasuradas ou dos quais não conste (ou seja, ilegível) a respetiva data;
- As faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas deverão ser legíveis e sem rasuras, sob pena da sua devolução.

AS FOTOCÓPIAS DAS FATURAS, FATURAS-RECIBOS OU FATURAS SIMPLIFICADAS DEVEM SER SUBSTITUÍDAS PELOS RESPECTIVOS ORIGINAIS, QUANDO:

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

DECLARAÇÃO DA ADSE PARA EFEITOS DE COMPLEMENTO DE COMPARTICIPAÇÃO, INDICANDO O MONTANTE COMPARTICIPADO

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

Assim, é necessário que, sempre que remeter faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas para participação da ADSE, as faça acompanhar do pedido de declaração para efeitos de complemento de participação (neste momento a ADSE já disponibilizou no seu site – www.adse.pt – a possibilidade de impressão da declaração para efeitos de complemento de participação).

Depois da ADSE efetuar a participação, pode imprimir a declaração para complemento de participação, com indicação da parte participada, à qual deverá juntar as faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas, previamente efetuadas, e da requisição/receita do médico (se for o caso) e submetê-las para participação, pois só assim o processo estará em condições de poder ser participado pela seguradora.

Este procedimento apenas é dispensado nos honorários médicos referentes a consultas de clínica geral e especialidades, bem como em relação a óculos (aros e lentes).

REEMBOLSO DE DESPESAS PRÉ-COMPARTICIPADAS PELA ADSE

As despesas apresentadas à MGEN que venham acompanhadas de um comprovativo original da pré-participação pela ADSE, desde que se encontrem abrangidas contratualmente e exista para a cobertura em causa plafond disponível, serão reembolsadas nos termos do fixado nas condições do seguro. Em resumo, na condição de que não existam dúvidas quanto ao enquadramento contratual da despesa apresentada, não serão pedidos relatórios a despesas pré-participadas pela ADSE.

Naturalmente que o enquadramento contratual tem de estar sempre garantido, já que as Condições de cobertura pela ADSE não coincidem forçosamente com as do seguro de saúde MGEN. Para saber se a despesa está garantida pelo seguro de saúde pode ser necessário pedir relatórios e estes devem ser facultados.

Por exemplo, as situações pré-existentes não são excluídas pela ADSE, nem pela MGEN, no entanto, na MGEN existe um período de carência de 365 dias para as novas inclusões e para as transferências dado que na anterior congénere tratava-se de uma exclusão. Assim, se for necessário, para a gestão do sinistro, assegurar que a despesa não decorre de uma pré-existência, a seguradora poderá ter de solicitar informação adicional.

PRAZO PARA REMESSA DOS JUSTIFICATIVOS DAS DESPESAS PARA COMPARTICIPAÇÃO

O prazo para entrega à seguradora dos justificativos das despesas para comparticipação é de **90 dias**, a contar da data da realização dos respetivos atos médicos, **exceto quando dependam de declaração da ADSE, sendo aqui alargado o prazo para 270 dias.**

Aquando da transferência do Seguro de Saúde Grupo para a MGEN, a MGEN foi informada se cada um dos seus aderentes era, ou não, beneficiário de algum subsistema de saúde. Desta forma, todos os pedidos de reembolso são analisados em conformidade com essa mesma informação.

Neste seguimento, sugerimos que confirme se a sua própria situação está devidamente registada na MGEN. Caso esteja incorreta ou caso se verifique alguma alteração dentro deste âmbito, é imprescindível que comunique. Para o efeito poderá e deverá utilizar a linha exclusivo STI ou a sua área reservada através da plataforma MYMGEN.

Sempre que se verificar que a informação relativa à classificação do Subsistema estiver incorreta, a MGEN reprocessará as respetivas despesas com uma retroatividade máxima de 270 dias, a contar a partir da data que a MGEN tenha tomado conhecimento do erro de classificação. Considera-se para efeitos de contagem do presente prazo a data do sinistro/ocorrência da despesa (e não a data da fatura, do recibo, pagamento, etc).

16. REDE DE SERVIÇOS MÉDICOS

A Rede de Prestadores MGEN é a Rede AdvanceCare, a qual tem à sua disposição cerca de 90 hospitais, mais de 13 000 médicos, 115 Serviços de Urgência, 920 Óticas e 542 Centros de Fisioterapia espalhados pelo Território Nacional e Ilhas.



A MGEN tem trabalhado diariamente com a AdvanceCare no sentido de melhorar a experiência do aderente e tornar o seu relacionamento com os Prestadores mais ágil e eficaz, de forma a deixar mais tempo para a prestação dos cuidados de saúde.

Os profissionais de Saúde e as Instituições da Rede AdvanceCare proporcionam os seus serviços de forma privilegiada aos seus aderentes, pelo que para ter acesso à Rede basta identificar-se com o seu Cartão MGEN, passando a beneficiar do seguinte:

- Preços dos atos médicos inferiores aos do mercado privado da saúde, em resultado da negociação que a AdvanceCare tem com os prestadores de cuidados de saúde da sua rede convencionada;

- Simplicidade e rapidez no processo de faturação. No site, através da APP myAdvancecare ou através do acesso à sua área reservada MyMGEN, conseguirá ter acesso aos atos médicos efetuados.

17. FUNCIONALIDADES MYMGEN E APP MYADVANCECARE

Através do **site institucional** [MGEN | Seguros de Saúde](#), terá acesso à sua área reservada MyMGEN, tendo as seguintes funcionalidades disponíveis:

- Cartão Virtual MGEN;
- Comunicar com a MGEN, através da opção *Obter Ajuda*;
- Consultar a Rede de Prestadores AdvanceCare;

Por sua vez, através da **APP myAdvancecare** terá acesso a:

- Cartão Virtual MGEN;
- Pedido de Reembolsos e respetivo ponto de situação;
- Consulta de Consumos;
- Pedidos de Pré-Autorização;

18. CONTACTOS



Linha Exclusiva STI

Comunicar com a MGEN é agora ainda mais FÁCIL

A MGEN criou uma linha exclusiva STI,
partir de agora, ao ligar para o número
300 501 950 terá acesso às seguintes opções:

Opção 1 – Esclarecimento de dúvidas sobre
o seu seguro de saúde

Opção 2 – Reembolsos/Despesas médicas

Opção 3 – Medicina Online e ao Domicílio

Opção 4 – Psicologia e Psiquiatria

Opção 5 – Outros Serviços de Saúde Online
(Nutrição, Tele dermatologia, Programas de
saúde personalizados)

Opção 6 – Registo e utilização do portal
MyAdvanceCare



300 501 950

(chamada para a rede fixa nacional)

Opção 1: Dias úteis das 9h às 17h

Opção 2: Dias úteis das 9h às 17h

Opção 3: Todos os dias 24h/dia

Opção 4: Dias úteis das 8h30 às 18h30

PORTAL MYMGEN

Em alternativa poderá entrar em
contacto connosco através do
acesso ao Portal (MyMGEN) na
opção **Obter Ajuda**

ou utilizar o endereço de e-mail:

sti@mgen.pt

19. PERGUNTAS FREQUENTES SOBRE O SEGURO DE SAÚDE

1. O QUE MUDA EM 2026?

O Seguro de Saúde mantém-se na MGEN, sendo a respetiva Rede de Prestadores a AdvanceCare.

O Plano de Garantias mantém-se exatamente o mesmo com exceção dos seguintes pontos:

- Medicina Online mais robusta com acesso a consultas de nutrição, consulta do viajante e programas de saúde personalizados, para além das consultas de psicologia e psiquiatria que passou a ter acesso no ano passado.
- A franquia de Medicamentos passa de 3€ por fatura para 5€ por fatura;
- Sessões Psicologia e/ou Psicoterapia: até 6 (conjunto) por pessoa/ano;

2. QUAIS AS VANTAGENS?

Enumeramos, abaixo, a título exemplificativo, algumas das características das Condições Gerais da MGEN, assim como, algumas melhorias introduzidas e as quais passaram a estar cobertas:

- Sem limites de idade na adesão;
- Sem exclusão de doenças congénitas, mal formações e Síndromas (HIV incluído);
- Sem exclusão de situações clínicas pré-existentes ao seguro por doença ou acidente;
- Sem exclusão de Pandemias e Epidemias (tal como COVID, Gripe A, Ébola, ZICA, Gripe das Aves, e outras);
- Sem Exclusão de Lesões Corporais por Catástrofes Climatéricas e Fenómenos da Natureza;
- Sem Exclusão de Lesões Corporais por Atentados Terroristas, Guerra;
- Sem Exclusão de Procedimentos Cirúrgicos por Robótica;
- Internamentos motivados por perturbações de natureza psíquica;
- Transplante de órgãos e tecidos e suas implicações;
- Obesidade Mórbida;
- Psiquiatria, Psicologia, Psicoterapia, Terapia da Fala;
- Parto realizado no domicílio.

3. COMO DEVO INTERPRETAR O QUADRO DE GARANTIAS DA APÓLICE DE SEGURO?

Se é beneficiário de um subsistema de Saúde ADSE, SAMS ou equiparado, deverá considerar para efeitos de gestão e reembolso, a informação constante na coluna “Com Participação do Subsistema”. Por outro lado, se for apenas beneficiário do Sistema Nacional de Saúde, deverá considerar as condições previstas na coluna “Sem Participação do Subsistema”.

4. QUAL A UTILIDADE DO NÚMERO DO CARTÃO/ID MGEN?

O nº de cartão/ID MGEN é a informação que possibilita que seja identificado como Pessoa Segura da apólice, permitindo-lhe, igualmente, o acesso à Rede de Prestadores de Cuidados de Saúde da Rede AdvanceCare.

5. PRECISO DE UM CARTÃO PARA ACEDER A UM PRESTADOR DA REDE ADVANCECARE?

Não. Para aceder a um prestador da Rede AdvanceCare basta informar o seu número de cartão/ ID MGEN.

6. VOU RECEBER UM CARTÃO FÍSICO DA MGEN?

É enviado um cartão físico para todos os aderentes aquando da entrada no seguro MGEN. Além do cartão físico, o aderente tem igualmente acesso ao cartão digital disponível na app myAdvancecare ou através do acesso à plataforma MYMGEN.

7. OS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR INSCRITOS NO SEGURO DE SAÚDE TAMBÉM TÊM CARTÃO?

É enviado um cartão físico para todos os aderentes aquando da entrada no seguro MGEN. Além do cartão físico, o aderente tem igualmente acesso ao cartão digital disponível na app myAdvancecare ou através do acesso à plataforma MYMGEN.

Alertamos adicionalmente para o facto, de que, não sendo facultado um e-mail distinto para o cônjuge e agregados com idade superior a 18 anos, os mesmos não conseguirão efetuar um registo independente no MYMGEN e na myAdvancecare. Só os elementos do agregado menores de idade ficam associados ao titular automaticamente. Desta forma, os maiores de idade do agregado devem ter e-mails e áreas reservadas independentes. Ou seja, apesar de surgirem associados na plataforma e APP como agregado familiar, no acesso do colaborador, necessitam de indicar um e-mail distinto para conseguirem gerir, consultar e enviar despesas para reembolso entre outras ações.

8. NECESSITO DE ATIVAR O CARTÃO?

Não é necessário fazer nenhuma ativação. Os cartões ficam automaticamente ativos, a partir da data de adesão ao seguro.

9. COMO DEVO PROCEDER PARA ACEDER A UM PRESTADOR DE SAÚDE DA REDE ADVANCECARE?

O seguro de Saúde é MGEN, sendo a Rede de Prestadores a AdvanceCare.

De forma a ter uma visão mais abrangente dos prestadores disponíveis na zona, partilhamos o link abaixo, através do qual poderá inclusive efetuar uma pesquisa/filtro por especialidade, serviço, clínica e/ou distrito: <https://www.advancecare.pt/para-si/rede-medica>. A Rede AdvanceCare tem mais de 16.000 parceiros de saúde, sendo uma das maiores redes de especialistas de saúde do País.

Salientamos a necessidade de, sempre que perante um prestador de cuidados de saúde da Rede AdvanceCare, informar o número do cartão MGEN, para ter acesso aos serviços do Prestador aos preços convencionados.

10. SE NÃO QUISER OU NÃO PUDER INSTALAR A APP MYADVANCECARE ESTOU IMPEDIDO DE TER ACESSO À REDE DE PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE?

Não. 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.

O mais importante é conseguir fornecer o seu número, pois essa é a informação que permite que seja identificado como Pessoa Segura de uma determinada apólice.

A APP myAdvancecare do acesso ao nº do cartão, permite a submissão dos pedidos de reembolsos, assim como a consulta dos consumos efetuados e a pesquisa da Rede de Prestadores.

O número de cartão MGEN, encontra-se igualmente disponível na plataforma myMGEN.

11. NÃO SEI O MEU N.º MGEN, COMO O PODEREI OBTER?

Poderá contactar o STI ou a MGEN, através da Linha Exclusiva STI, 300 501 950, para que lhe seja facultado o n.º do seu cartão/ ID MGEN, bem como, dos membros do seu agregado familiar incluídos no seguro de saúde. Em alternativa, poderá consultar o cartão digital via myAdvancecare ou através do acesso à sua área reservada MYMGEN.

12. MANTÉM-SE O SERVIÇO DE MEDICINA ONLINE? COMO ACEDO?

O acesso Serviço de Medicina Online está disponível através do na linha exclusiva 300 501 950.

Opção 3 - Medicina Geral e Familiar;

Opção 4- Psicologia e Psiquiatria;

Opção 5- Outros Serviços de Saúde Online (Nutrição, Tele dermatologia, Programas de saúde personalizados).

Os valores aplicados no âmbito da Medicina Online são de acordo com o previsto no quadro de garantias contratado e espelhado nas condições particulares e na área reservada MYMGEN.

13. EXISTE ALGUM PERÍODO DE CARÊNCIA PARA ESTE NOVO SEGURO?

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

→ **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 e desde que o sócio não tenha uma idade igual ou superior a 60 anos;

Desta forma, aplicam-se TODOS os períodos de carência para:

→ **Reentradas 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 dos respetivos períodos de carência. Aplicam-se todos os períodos de carência previstos no Artº 4 das Condições Gerais e Especiais.

→ **Novas adesões de Sócios com mais de 60 anos;**

(*) – 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.

14. TEMOS QUE PAGAR PELO SEGURO DE SAÚDE?

O prémio dos sócios é suportado na íntegra pelo STI. Por sua vez, o prémio correspondente aos elementos do agregado familiar é suportado pelos sócios a 100%.

15. QUE MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR DEVO INCLUIR NO SEGURO DE SAÚDE MGEN?

Devem ser incluídos TODOS os elementos do agregado familiar que coabitem com o sócio: cônjuges ou equiparados, independentemente da idade, os filhos, independentemente da idade, bem como os netos até aos 30 anos.

16. QUANDO POSSO INSCREVER MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR?

Os Sócios têm a possibilidade de incluir os seus agregados familiares até ao último dia de fevereiro de cada ano civil, observando-se as disposições em vigor a este respeito, nomeadamente a não aplicação de períodos “normais” de carência. Findo este prazo, a inclusão apenas poderá acontecer na data da renovação da apólice, a qual ocorre a 01.01 de cada ano civil, salvo se enquadrado nas situações de exceção previstas, isto é, casamento, nascimento, adoção, bem como as que venham a ocorrer em conjunto com a inscrição de novos Sócios ou até 60 dias dessa mesma data.

17. SE TIVER ALGUMA DÚVIDA, QUAIS OS CONTACTOS QUE DEVO UTILIZAR?

Em caso de dúvidas deve contactar o STI, preferencialmente por e-mail a enviar para geral@stimpastos.pt.

Em alternativa, pode entrar contacto com a equipa da MGEN através da **linha exclusiva 300 501 950** ou através do e-mail sti@mgen.pt. Para esclarecer alguma dúvida pode ainda utilizar o sistema de tickets/pedido de ajuda acedendo à sua área pessoal **my.mgen.pt**.

18. QUAIS AS PLATAFORMAS/APPS UTILIZAR E PARA QUE FINS?

MyMGEN – Acesso ao cartão Virtual/ ID, comunicar diretamente com a MGEN através da opção *Obter Ajuda* e Pesquisar a Rede de Prestadores;

myAdvancecare – Pedido de Reembolsos, Consulta de Consumos e Pesquisar a Rede de Prestadores;

19. NÃO RECECIONEI A DECLARAÇÃO PARA EFEITOS DE IRS, O QUE DEVO FAZER?

A partir do mês de fevereiro será remetido um link, por NIF, para que respetivo aderente possa descarregar e aceder à respetiva declaração para efeitos de IRS. É emitida uma declaração por NIF e remetida para o endereço de e-mail associado. Caso não rececione o respetivo link ou não tenha acesso a um endereço de e-mail entre em contacto com a MGEN através da linha exclusiva STI.

21. GLOSSÁRIO DO SEGURO DE SAÚDE

Para efeitos do disposto no presente Contrato de Seguro, entende-se por:

a) ACIDENTE / DOENÇA PRÉ-EXISTENTE: Efeitos de Acidentes ocorridos ou Doença Manifestada antes da data de celebração do Contrato de Seguro e dos quais a Pessoa Segura ainda é portadora à data de início do mesmo;

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

c) ADERENTE: Pessoa singular identificada nas Condições Particulares do Contrato de Seguro, que adere ao mesmo a título principal, sendo o Titular daquele, isto é, a pessoa no interesse da qual aquele é feito e em relação à qual se estabelecem as relações de Agregado Familiar;

d) 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 Aderente ou algum dos elementos do Agregado Familiar se encontre deslocado por um período igual ou inferior a 30 (trinta) dias ou por um período superior a 30 (trinta) dias, por motivo de saúde, formação académica ou profissional ou de relação de trabalho.

e) 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;

f) ATA ADICIONAL: Documento que titula uma alteração do Contrato de Seguro; **g) 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;

h) CAPITAL SEGURO: Montante máximo de Comparticipação de despesas suportadas pela MGEN, por sinistro ou anuidade de Seguro consoante o que esteja definido nas Condições Especiais ou Particulares do Contrato, para cada Pessoa Segura.

i) 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;

j) CIRURGIA: Qualquer intervenção médica invasiva da qual fazem parte integrante atos médicos cirúrgicos conforme tabela da Ordem dos Médicos, realizada por médico legalmente habilitado, e que se destinem ao diagnóstico, tratamento, reparação de doenças ou lesões do corpo humano e que não seja considerada como Pequena Cirurgia, nos termos da definição adiante.

k) 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 do Contrato de Seguro, considerados como tal, sanatórios, casas de repouso, centros de toxicodependência e alcoolismo, termas e outros estabelecimentos similares;

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

m) COMPARTICIPAÇÃO: Percentagem ou valor máximo de despesas médicas garantidas pelo Contrato de Seguro que fica a cargo da MGEN; **n) CONDIÇÕES ESPECIAIS:** Cláusulas que completam e especificam as Condições Gerais do Contrato de Seguro que fica a cargo da MGEN; **n) CONDIÇÕES ESPECIAIS:** Cláusulas que completam e especificam as Condições Gerais do Contrato de Seguro, de aplicação generalizada a determinadas coberturas quando contratadas.

o) CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas que definem e regulam obrigações genéricas e comuns inerentes ao Contrato de Seguro;

p) CONDIÇÕES PARTICULARES: Documento onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada Contrato de Seguro, 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;

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

r) 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 da Pessoa Segura, bem como o registo informático da referida consulta;

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

t) COPAGAMENTO: Montante que fica a cargo da Pessoa Segura, dentro dos limites estabelecidos nas Condições Particulares do Contrato de Seguro e para cada um dos atos médicos garantidos em consequência de uma prestação convencionada garantida pelo mesmo, calculado após dedução da Franquia, quando aplicável;

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

v) 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;

w) 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;

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

y) 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;

z) DOENÇA GRAVE: Doença oncológica, 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 e complicações a elas associadas;

aa) 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;

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

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

dd) EPISÓDIO DE URGÊNCIA: Conjunto de atos médicos realizados no âmbito do serviço de urgência hospitalar ou de atendimento não programado, aqui se incluindo exames auxiliares de diagnóstico, consultas de medicina geral e eventual avaliação por médico especialista;

ee) 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;

ff) 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;

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

hh) HOSPITAL: Para efeitos do Contrato de Seguro 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;

ii) INTERNAMENTO: Estadia da Pessoa Segura num Hospital e que origine o pagamento de uma ou mais diárias;

jj) 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 congéneres dos países onde exerça a sua atividade;

kk) MENOR: Aquele que não tiver ainda completado 18 (dezoito) anos de idade;

ll) PARTO: Todos os procedimentos médicos relacionados com um nascimento e puerpério;

mm) 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.

nn) PERÍODO DE CARÊNCIA: Período durante o qual as coberturas do Contrato de Seguro não se aplicam tendo, contudo, as Pessoas Seguras acesso à Rede de Prestadores a preços convencionados;

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

pp) PRÉ-AUTORIZAÇÃO: Aprovação dada pelos serviços clínicos da MGEN, quando exigível nos termos do Contrato de Seguro, que permite à Pessoa Segura o acesso aos cuidados de saúde garantidos pelo mesmo;

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

rr) 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 pela mesma diretamente a estes prestadores.

ss) 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 mesmo, usufruindo de preços inferiores aos valores particulares praticados, sem que haja lugar a Comparticipação da MGEN.

tt) 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, as quais serão pagas diretamente pela Pessoa Segura ao mesmo, e que dão origem a um reembolso da MGEN à Pessoa Segura, de montante definido de acordo com a Comparticipação estipulada nas Condições Particulares do Contrato de Seguro;

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

vv) 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 de Seguro;

ww) PRESTADORES DE SAÚDE: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente, médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnósticos e outras unidades de saúde que assegurem à Pessoa Segura a execução dos serviços garantidos pelo Contrato de Seguro

2. LINKS ÚTEIS:

[MANUAL DE SUBMISSÃO DE DESPESAS PARA REEMBOLSO](#)

[MANUAL DO UTILIZADOR](#)

[IMPRESSO PARA PEDIDO DE REEMBOLSO POR VIA POSTAL](#)

