



Planos de Saúde Mutualistas

Mutuelle des Professionnels de l'Éducation

Proteção

Solidariedade

Transparência

Condições Gerais e Especiais

Versão: CG_2016



MGEN, Mutuelle des Professionnels de l'Éducation, Mútua n° 775 685 399 em LPS
Sede Social: 3, Square Max-Hymans – 75748 Paris Cedex França

CONDIÇÕES GERAIS	4
ARTIGO PRELIMINAR	4
CAPÍTULO I - Definições, objeto, garantia e exclusões	4
ARTIGO 1º - Definições	4
ARTIGO 2º - Objeto do contrato e âmbito das garantias.....	6
ARTIGO 3º - Condições de adesão.....	6
ARTIGO 4º - Período de carência e entrada em vigor das garantias.....	7
ARTIGO 5º - Exclusões.....	8
CAPÍTULO II - Formação do contrato e suas alterações	9
ARTIGO 6º - Formação do contrato	9
ARTIGO 7º - Efeitos do contrato	9
ARTIGO 8.º - Consolidação do contrato	9
ARTIGO 9º - Omissões ou inexactidões dolosas do Tomador do Seguro / Pessoa Segura na declaração inicial do risco.....	9
ARTIGO 10º - Omissões ou inexactidões negligentes do Tomador do Seguro / Pessoa Segura na declaração inicial do risco.....	10
ARTIGO 11º - Inclusão/exclusão ou transferências de Beneficiários/Pessoas Seguras	10
ARTIGO 12º - Reentrada da Pessoa Segura / Tomador	10
CAPÍTULO III - DURAÇÃO DO CONTRATO	11
ARTIGO 13º - Início, duração e renovação do contrato	11
ARTIGO 14º - Denúncia do contrato.....	11
ARTIGO 15º - Livre resolução	11
ARTIGO 16º - Resolução do contrato por justa causa	11
ARTIGO 17º - Cessação das garantias em relação às Pessoas Seguras	12
ARTIGO 18º - Efeitos da cessação das garantias.....	12
CAPÍTULO IV - VALOR SEGURO, PAGAMENTO DOS PRÉMIOS E FALTA DE PAGAMENTO DE PRÉMIOS	12
ARTIGO 19º - Valor Seguro	12
ARTIGO 20º - Pagamento dos prémios	12
ARTIGO 21º - Falta de pagamento de prémios.....	13
ARTIGO 22º - Atualização do prémio	13
CAPÍTULO V - DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES	13
ARTIGO 23º - Obrigações do Tomador do Seguro e/ou das Pessoas Seguras em caso de sinistro	13
ARTIGO 24º - Pagamento da indemnização	15
CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES FINAIS	15
ARTIGO 25º - Complementaridade.....	15
ARTIGO 26º - Âmbito territorial	15
ARTIGO 27º - Comunicações e notificações entre as partes.....	15
ARTIGO 28º - Prescrição	15
ARTIGO 29º - Sub-rogação	15
ARTIGO 30º - Proteção de dados.....	16
ARTIGO 31º - Gestão de reclamações	16
ARTIGO 32º - Lei aplicável, arbitragem e foro competente.....	16
CONDIÇÕES ESPECIAIS	17
ARTIGO 1º - Cobertura de despesas de hospitalização	17

ARTIGO 2º - Cobertura de despesas de assistência ambulatoria	18
ARTIGO 3º - Cobertura de estomatologia.....	18
ARTIGO 4º - Cobertura de próteses e ortóteses	19
ARTIGO 5º Cobertura de medicamentos.....	19
ARTIGO 6º Cobertura de parto.....	19
ARTIGO 7º - Cobertura de acesso à rede de bem-estar	20
ARTIGO 8º - Cobertura de acesso à rede HNA Espanha.....	20
ARTIGO 9º - Utilização de consultas	21
ARTIGO 10º - Limites na utilização de tratamentos.....	21
ARTIGO 11.º - Cobertura de check-up periódico	22
ARTIGO 12.º - Cobertura de segunda opinião médica internacional.....	22
ARTIGO 13.º - Cobertura de acesso à rede de prevenção dentária	23
ARTIGO 14.º - Cobertura de assistência médica nacional.....	24
ARTIGO 15.º - Cobertura de acesso à rede oftalmológica.....	25

CONDIÇÕES GERAIS

ARTIGO PRELIMINAR

Entre a MGEN, Mutuelle des Professionnels de l'Éducation, Mútua subordinada ao disposto no Livro II do Código da Mutualidade Francês, registada sob o nº 775 685 399, com sede no nº 3 da Square Max Himans, 75748 Paris 15, adiante designada somente por MGEN e o Tomador do Seguro, estabelece-se o presente Contrato de Seguro regulado pelas Condições Gerais, Especiais, e Particulares constantes da presente Apólice, e de acordo com as declarações constantes da Proposta e restante documentação que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.

Pertence à ACP - Autorité de Contrôle Prudentiel (França) sediada no nº 61 da Rue Talbot, 75436 Paris Cedex 09, o controle da atividade da MGEN.

CAPÍTULO I - Definições, objeto, garantia e exclusões

ARTIGO 1º - Definições

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

- a) **SEGURADORA:** Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, adiante designada somente por **MGEN**;
- b) **ADVANCECARE:** Empresa prestadora de serviços e gestora de sinistros que, por conta da **MGEN**, organiza a Rede de Prestadores, procede à gestão das prestações devidas pelo contrato e articula o pagamento direto das despesas médicas, quer aos prestadores convencionados, nomeadamente médicos, hospitais, centros de diagnósticos, quer às Pessoas Seguras;
- c) **IMA:** Entidade denominada por PRESTIMA, SL - SUCURSAL EM PORTUGAL - Serviço de Assistência, que organiza e presta por conta da MGEN, em Regime de Prestação Direta e a favor das Pessoas Seguras, as prestações de serviços de assistência médica nacional previstos nas Condições Especiais;
- d) **EUROPAMUT:** Entidade que, por conta da MGEN, procede à gestão das adesões e dos Prémios;
- e) **TOMADOR DO SEGURO:** Entidade, pessoa individual ou moral que subscreve o presente Contrato, por conta das Pessoas Seguras e responsável pelo pagamento do prémio;
- f) **GRUPO FECHADO:** Grupo de pessoas, previamente determinado e cuja adesão à apólice é obrigatória, devidamente vinculadas a uma entidade coletiva que é tomadora do contrato de seguro;
- g) **GRUPO ABERTO:** Grupo de pessoas, cuja adesão ao Contrato de Seguro é facultativa, devidamente vinculadas a uma entidade coletiva que celebra um protocolo para o efeito com a MGEN;
- h) **ADERENTE:** Pessoa Singular, identificada nas Condições Particulares, em nome da qual são processadas as indemnizações;
- i) **PESSOA SEGURA / BENEFICIÁRIO:** Pessoa singular, Aderente ou Membro do seu Agregado Familiar, identificada nas Condições Particulares cuja saúde ou integridade física se segura através do presente Contrato;
- j) **AGREGADO FAMILIAR:** O conjunto de pessoas que, coabitando, vivem em economia comum com a Pessoa Segura. O agregado familiar pode incluir o cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto, os ascendentes, os dependentes parentes até ao 2.º grau, adotados, tutelados e curatelados. Considera-se adicionalmente como membro do agregado familiar os menores estudantes que não coabitem com a Pessoa Segura mas que dependem economicamente desta;
- k) **ACIDENTE:** O acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais que possam ser clínica e objetivamente constatadas;
- l) **SINISTRO:** Evento ou série de eventos suscetível de acionar as garantias da apólice;
- m) **DOENÇA:** Toda e qualquer alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e suscetível de constatação médica objetiva;
- n) **ACIDENTE / DOENÇA PRÉ-EXISTENTE:** Efeitos de acidentes ocorridos ou quaisquer doenças manifestadas antes da data de celebração do contrato e dos quais a Pessoa Segura ainda é portadora à data de início do mesmo;
- o) **DOENÇA CONGÊNITA:** Doença presente à nascença, em resultado de fatores hereditários ou de condições verificadas durante a gestação até ao momento do nascimento.

- p) **GRAVIDEZ PRÉ-EXISTENTE:** Gravidez manifestada ou que tenha dado origem a qualquer tratamento médico antes da data de celebração do contrato;
- q) **DOENÇA MANIFESTADA:** Doença que se haja revelado, tenha sido objeto de um diagnóstico inequívoco e/ou dado lugar ao respetivo tratamento;
- r) **DOENÇA SÚBITA:** Toda e qualquer doença que requeira tratamento de urgência em Hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;
- s) **TRATAMENTO DE URGÊNCIA:** Considera-se tratamento de urgência aquele que deva ser efetuado no prazo máximo de 48 horas após o ocorrência;
- t) **DOENÇA GRAVE:** doenças oncológicas incluindo situações de suspeita ou pré malignidade, doenças neurológicas e do sistema nervoso central, cirurgia cardíaca, doença de Parkinson e doença de Alzheimer;
- u) **DOENÇA CRÓNICA:** Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.
- v) **PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS:** Despesas médicas efetuadas pelas Pessoas Seguras na Rede de Prestadores, ficando a comparticipação a cargo da MGEN e sendo paga por esta diretamente aos prestadores;
- w) **PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS:** Despesas médicas efetuadas pelas Pessoas Seguras fora da Rede de Prestadores e que dão origem a um reembolso direto da MGEN às Pessoas Seguras de acordo com a comparticipação estipulada nas Condições Particulares;
- x) **DESPESA MÉDICA:** Despesa realizada pela Pessoa Segura com a aquisição de Serviços Clinicamente Necessários, desde que prescritos ou realizados por um médico;
- y) **SERVIÇOS CLINICAMENTE NECESSÁRIOS:** Bens, serviços ou cuidados de saúde aprovados pela MGEN, desde que sejam:
 - a. Necessários para tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente da Pessoa Segura;
 - b. Adequados à situação diagnosticada;
 - c. Prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;
 - d. De reconhecida validade clínica;
- z) **PRÉ-AUTORIZAÇÃO:** Aprovação dada pelos serviços clínicos da MGEN, quando exigível nos termos da apólice, que permite às Pessoas Seguras o acesso aos cuidados de saúde garantidos pelo presente Contrato;
- aa) **REDE DE PRESTADORES:** Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnóstico e outras unidades de saúde com as quais a MGEN tenha celebrado um acordo de prestação de serviços e que assegurem à Pessoa Segura a execução dos serviços garantidos pelo contrato no âmbito das Prestações Convencionadas;
- bb) **MÉDICO:** O licenciado por Faculdade de Medicina ou de Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão no respetivo país e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos, pela Ordem dos Médicos Dentistas ou por entidades congéneres dos países onde exerçam a sua atividade;
- cc) **ATO MÉDICO:** Ato realizado por médico legalmente habilitado pela respetiva Ordem, que integra a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, a reabilitação das pessoas que se sujeitam à sua intervenção, podendo determinar procedimentos complementares realizados por outros profissionais de saúde;
- dd) **HOSPITAL OU CLÍNICA:** Estabelecimento legalmente reconhecido onde são prestados serviços permanentes de saúde, por médicos e enfermeiros diplomados ou outros profissionais de saúde, não sendo para efeitos deste contrato, considerados como tal, sanatórios, casas de repouso, centros de toxicoddependência e alcoolismo, termas e outros estabelecimentos similares;
- ee) **INTERNAMENTO:** Estada da Pessoa Segura numa unidade hospitalar, por um período igual ou superior a 24 horas e que origine o pagamento de uma ou mais diárias;
- ff) **CARTÃO DE SAÚDE:** Cartão pessoal e intransmissível que identifica a Pessoa Segura e permite o seu acesso aos cuidados de saúde no âmbito da Rede de Prestadores;
- gg) **CONTRATO DE SEGURO:** Documento que regula o contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e o segurador. Deste documento fazem parte integrante as Condições Gerais, Especiais e Particulares, bem como as Atas Adicionais, que durante a vigência do contrato venham a ser emitidas;
- hh) **CONDIÇÕES GERAIS:** Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes ao contrato de seguro;
- ii) **CONDIÇÕES ESPECIAIS:** Cláusulas que completam e especificam as Condições Gerais, de aplicação generalizada a determinadas coberturas quando contratadas;
- jj) **CONDIÇÕES PARTICULARES:** Documento onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada contrato, que o distinguem de todos os outros;
- kk) **ATA ADICIONAL:** Documento que titula uma alteração da apólice;
- ll) **PERÍODO DE CARÊNCIA:** Período durante o qual as coberturas do contrato de seguro não se aplicam;

- mm) **COMPARTICIPAÇÃO:** Percentagem ou valor máximo de despesas médicas garantidas por este Contrato que fica a cargo da MGEN;
- nn) **CO-PAGAMENTO:** Valor que fica a cargo da Pessoa Segura por cada ato médico;
- oo) **FRANQUIA:** Importância que, em caso de sinistro, fica a cargo da Pessoa Segura, e cujo montante está estipulado nas Condições Particulares;
- pp) **PRÊMIO:** Valor pago pelo Tomador do Seguro à MGEN como contrapartida pelas coberturas contratadas no âmbito do contrato de seguro;
- qq) **REGIME COMPLEMENTAR:** Âmbito de garantias de um Contrato quando as prestações indemnizatórias ficam expressamente restritas ao complemento das prestações suportadas por outro subsistema de saúde (ADSE ou equiparado) ou do Serviço Nacional de Saúde relativamente à Garantia Especial de Medicamentos, salvo outra disposição indicada nas Condições Particulares do Contrato.
- rr) **CONSULTA DE ATENDIMENTO PERMANENTE:** Consulta de medicina geral e familiar em serviço de urgência hospitalar ou atendimento permanente no decurso de um episódio de urgência.
- ss) **CONSULTAS DE URGÊNCIA:** Consulta de medicina geral e familiar em serviço de urgência hospitalar ou atendimento permanente e eventual consulta ou avaliação por médico especialista de outra valência no decurso do mesmo episódio de urgência
- tt) **EPISÓDIO DE URGÊNCIA:** conjunto de atos médicos realizados no âmbito do serviço de urgência hospitalar, ou atendimento permanente, nomeadamente exames auxiliares de diagnóstico, consultas de medicina geral e eventual avaliação por médico especialista.
- uu) **CUIDADOS CONTINUADOS:** São tratamentos que, por meio da reabilitação, visam manter e melhorar a funcionalidade de doentes com doenças crónicas.
- vv) **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.
- ww) **COEFICIENTE K:** coeficiente de ponderação para a valorização de atos médicos, utilizado no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos e publicado pela Ordem dos Médicos.

ARTIGO 2º - Objeto do contrato e âmbito das garantias

1. O presente Contrato garante, de acordo com o disposto nas presentes Condições Gerais, Condições Especiais contratadas e até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares do Contrato de Seguro, o pagamento às Pessoas Seguras de prestações convencionadas ou indemnizatórias em consequência de doença, ou acidente ocorrido durante a vigência do presente contrato.
2. O âmbito das garantias do Contrato poderá ficar restrito unicamente ao regime complementar sempre que expressamente indicado nas Condições Particulares da Apólice.
3. A Assistência Médica ao Domicílio pode ser garantida de acordo com as condições previstas na Condição Especial respetiva, desde que a mesma esteja expressamente incluída nas Condições Particulares do contrato.
4. O presente Contrato não garantirá o pagamento de quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pela rede de hospitais e outras instituições que integrem o Serviço Nacional de Saúde, quando a Pessoa Segura, sendo beneficiária de tal serviço, aí for assistida.
5. Fica no entanto garantido o pagamento das respetivas taxas moderadoras.

ARTIGO 3º - Condições de adesão

1. Poderão ser Pessoas Seguras todas as pessoas que, depois de cumpridas as formalidades definidas pela MGEN, venham a ser aceites de acordo com os critérios de adesão a todo o momento em vigor. A formalização dessa aceitação será feita através do envio do Cartão de Saúde.
2. Poderão ser admitidos como Beneficiários de um Contrato Coletivo, todos as pessoas devidamente vinculadas ao Grupo Fechado, bem como, os respetivos Agregados Familiares desde que expressamente indicado nas Condições Particulares.
3. Poderão ser admitidos como Beneficiários de um Contrato Individual, os Aderentes de um Grupo Aberto, bem como os respetivos Agregados Familiares desde que expressamente indicado nas Condições Particulares.
4. A inclusão do Agregado Familiar na apólice obriga à adesão de todos os seus elementos. No entanto, se um

determinado membro do agregado se encontrar abrangido por uma das situações abaixo indicadas, a sua inclusão é facultativa:

- a. Por motivo de ausência prolongada no estrangeiro;
 - b. Se estiver abrangido por outra apólice de seguro suportada por uma entidade patronal ou um outro subsistema de saúde (ADSE ou equiparado);
5. A inclusão de membros do agregado familiar no contrato de seguro deverá ocorrer na data da sua celebração ou renovação. São, no entanto, aceites as inclusões que se verificarem nos 60 dias seguintes à adesão do Aderente ou, a qualquer momento nos casos de casamento, nascimento ou adoção.
6. Em Nota Informativa estabelecida pela MGEN serão definidas as garantias e modalidades de adesão, bem como as formalidades a cumprir em caso de sinistro. Esta Nota Informativa deve ser entregue ao Tomador do Seguro no ato da receção do pedido de adesão.

ARTIGO 4º - Período de carência e entrada em vigor das garantias

1. Salvo disposição em contrário e expressamente referida na listagem de pessoas seguras anexa às Condições Particulares, a entrada em vigor das garantias deste contrato, em relação a cada uma das Pessoas Seguras, verificar-se-á, em caso de doença, depois de decorrido o período de carência estabelecido para cada uma das despesas ou atos médicos cobertos, a seguir referidos:
 - a. O **período de carência** para qualquer ato médico praticado em consequência de uma doença ou no âmbito da garantia de parto é de noventa (90) dias, com exceção das situações previstas a seguir;
 - b. O **período de carência é alargado** para trezentos e sessenta (360) dias em caso de litotricia renal, intervenção cirúrgica do foro ginecológico por patologia benigna, hemorroidectomia, mastectomia por patologia benigna, tiroidectomia por patologia benigna e colecistectomia, rinoseptoplastia e septoplastia, amigdalectomia, adenoidectomia e miringotomia, cirurgia artroscópica, tratamento cirúrgico de hérnias, tratamento vascular cirúrgico ou não cirúrgico, roncopatia, apneia do sono, terapia do sono, tratamentos refrativos da visão, cirurgia de correção ocular e doenças graves.
2. Não haverá lugar à aplicação de períodos de carência referidos no ponto anterior, em relação à Pessoa Segura, em caso de:
 - a. **Acidente** que requeira tratamento de urgência em Hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;
 - b. **Doença súbita**, que ocorra depois do início das garantias e implique tratamento hospitalar urgente;
 - c. **Transferência de seguro** desde que o seguro anterior tenha o mesmo nível de condições, e:
 - i. O período entre a anulação do contrato anterior e a adesão à MGEN não seja superior a 60 dias;
 - ii. O contrato anterior tenha estado em vigor no mínimo uma anuidade completa;
 - iii. A MGEN solicitará comprovativo das condições particulares e recibo anterior;
 - d. **Novos colaboradores** na empresa (ou **novos membros** de um Grupo Fechado) quando admitidos nas organizações há menos de 30 dias e quando o contrato esteja em vigor há pelo menos 90 dias;
 - e. Para o cônjuge por motivo de **casamento**, ou para dependentes por **nascimento** ou **adoção** se o restante agregado familiar estiver previamente incluído no contrato. A comunicação à MGEN deve ocorrer no prazo máximo de 30 dias.
3. Salvo derrogação expressa nas Condições Particulares, referindo a patologia ou situação clínica em causa, a entrada em vigor das garantias a seguir indicadas, em relação às pessoas seguras, verificar-se-á depois de decorrido um período de trezentos e sessenta (360) dias, nomeadamente por:
 - a. Doença pré-existente;
 - b. Doença crónica;
 - c. Doença ou patologia provocada por malformação congénita;
 - d. Tratamentos resultantes da infeção do vírus HIV/SIDA;
 - e. Patologias hepáticas;

- f. Tratamentos de hemodiálise;
 - g. Cuidados continuados e cuidados paliativos;
 - h. Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
 - i. Cirurgia e atos médicos no tratamento da obesidade mórbida;
 - j. Lesões resultantes de calamidades naturais.
4. Sempre que a Pessoa Segura tenha estado protegida por um seguro anterior que garanta alguma das patologias indicadas no número anterior ou situações clínicas resultantes de acidente pré-existente, não haverá lugar à aplicação do período de carência mencionado. O seguro anterior deverá ter tido a duração mínima de uma anuidade, a adesão à MGEN terá de ocorrer nos 30 dias seguintes ao seu termo e desde que a pessoa segura não tenha sido excluída do contrato anterior por iniciativa do segurador.
 5. O período de carência começa a contar a partir da data de efeito da adesão de cada uma das Pessoas Seguras, salvo acordo em contrário;
 6. Toda e qualquer interrupção de pagamento atempado de prémios obriga à interrupção do período de carência com a mesma duração;
 7. Quando, a pedido do Tomador do Seguro, se verificar a ampliação de coberturas ou de capital seguro, respeitar-se-á o período de carência na quota-parte do capital e coberturas alteradas.

ARTIGO 5º - Exclusões

Ficam excluídos do presente Contrato de Seguro:

1. Todos os atos médicos praticados em consequência de uma alteração, ou agravamento no estado de saúde do Beneficiário, que tenha sido **dolosamente** provocado por este;
2. Perturbações provocadas pelo **consumo** excessivo de **álcool**, uso de **estupefacientes** e/ ou **narcóticos** quando não prescritos por receita médica;
3. Perturbações psíquicas na medida em que estas impliquem uma hospitalização ou tratamento no domicílio com assistência de uma terceira pessoa em consequência de um estado de dependência.
4. Despesas feitas durante curas de repouso, casas de repouso, lares de terceira idade e outros estabelecimentos similares, bem como os respetivos tratamentos. São também excluídas as despesas relativas a estados de dependência;
5. **Tratamentos não reconhecidos** oficialmente pela Ordem dos Médicos, exceto quando expressamente indicado nas Condições Particulares e no âmbito do estabelecido nas Condições Especiais;
6. Na situação em que a pessoa segura solicita **alta hospitalar contra parecer médico**.
7. Consultas e/ou **tratamentos de infertilidade** e qualquer método de fecundação artificial, bem como testes de gravidez;
8. Check-ups e/ou rastreios gerais de saúde preventivos, exceto quando expressamente indicado nas Condições Particulares e no âmbito do estabelecido nas Condições Especiais;
9. Despesas, tratamentos e atos médicos que não se encontram ao abrigo da definição de serviços clinicamente necessários, nomeadamente tratamentos experimentais ou que necessitem de comprovação da validade clínica ou realizados no âmbito de projetos de investigação;
10. Consultas, **tratamentos ou cirurgias estéticas** ou plásticas exceto se, em consequência doença maligna ou acidente ocorrido na vigência do presente contrato, forem considerados clinicamente necessários pelo médico para a sobrevivência e garantia da saúde da Pessoa Segura;
11. Tratamentos, ou **cirurgias estéticas/reconstrutivas**, decorrentes ou subseqüentes das cirurgias de obesidade mórbida;
12. **Tratamentos de rejuvenescimento** e/ou emagrecimento;
13. **Transplante de órgãos** e tecidos e suas implicações;
14. **Doenças profissionais** e **Acidentes de Trabalho**, bem como os acidentes e doenças cobertas por seguros obrigatórios;
15. **Prática profissional de desporto**;

16. **Prática de desportos e atividades perigosas** tais como: Para-quedaismo, Tauromaquia, Boxe, Luta livre, Karaté e outras artes marciais, Alpinismo e Montanhismo, Espeleologia, Caça, Desportos de inverno, Competições desportivas com veículos com ou sem motor;
17. **Atos de terrorismo ou de guerra**, declarada ou não, intervenção em atos criminosos, intervenção em rixas, salvo em caso de legítima defesa própria ou alheia, de bens e pessoas;
18. Todas as despesas apresentadas quando o valor máximo da garantia for atingido ou ultrapassado;
19. Todas as **despesas não devidamente documentadas** pelos recibos originais ou cópias certificadas;
20. Prestações de dependência e de **ação social** cobertas pelo subsistema;
21. Todas as consultas e exames médicos que sejam considerados benefício social ao abrigo do contrato laboral de cada trabalhador;
22. Todas as despesas em caso de **falsas declarações ou omissões** do Tomador do Seguro, na declaração inicial do risco, conforme o artigo 9º das presentes Condições Gerais.

CAPTITULO II - Formação do contrato e suas alterações

ARTIGO 6º - Formação do contrato

1. O presente Contrato baseia-se nas declarações constantes da respetiva Proposta, bem como nos Boletins de Adesão, nas quais devem mencionar-se, com inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitam a exata apreciação do risco ou possam influir na aceitação do referido contrato ou na correta determinação do prémio aplicável, mesmo as circunstâncias cuja declaração não seja expressamente solicitada em questionário eventualmente fornecido para o efeito pela MGEN, sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 9º e 10º.
2. Com exceção das situações em que a MGEN manifeste a necessidade de recolher informação adicional, o contrato considera-se celebrado nos termos propostos a partir das zero horas do dia 1 do mês seguinte ao da aceitação da Proposta pela MGEN.

ARTIGO 7º - Efeitos do contrato

Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, o presente Contrato e respetivas coberturas apenas produzirão efeitos a partir do momento em que o respetivo prémio ou fração inicial sejam pagos pelo Tomador do Seguro.

ARTIGO 8.º - Consolidação do contrato

Passados trinta (30) dias após a entrega do contrato de seguro por parte da MGEN ocorre a consolidação do contrato, não podendo o Tomador do Seguro, após essa data, invocar qualquer desconformidade entre o acordado e o conteúdo do contrato de seguro que não resulte de documento escrito ou de outro suporte duradouro prévio.

ARTIGO 9º - Omissões ou inexactidões dolosas do Tomador do Seguro / Pessoa Segura na declaração inicial do risco

1. Caso se verifiquem omissões ou inexactidões dolosas na Declaração Inicial do Risco nos termos previstos no número 1 do artigo 6º, o contrato é considerado nulo e não produz qualquer efeito, desde o seu início.
2. Todas as despesas médicas suportadas até ao momento que a MGEN tome conhecimento das referidas omissões ou inexactidões, deverão ser ressarcidas ao segurador por parte do beneficiário do seguro.
3. A pessoa segura e o Tomador de Seguro são solidariamente responsáveis no pagamento das despesas referidas no número anterior

4. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, a MGEN tem direito ao prémio devido até ao termo do contrato.

ARTIGO 10º - Omissões ou inexactidões negligentes do Tomador do Seguro / Pessoa Segura na declaração inicial do risco

1. Caso se verifiquem omissões ou inexactidões negligentes na Declaração Inicial do Risco nos termos previstos no nº 1 do artigo 6º, a MGEN pode, propor uma alteração ao contrato ao Tomador do Seguro, fixando um prazo, não inferior a catorze (14) dias para o Tomador do Seguro se pronunciar;
2. De acordo com o definido no número anterior, o contrato cessa os seus efeitos, vinte (20) dias após o envio da proposta de alteração por parte da MGEN, se o Tomador do Seguro não concordar com a mesma.
3. Ocorrendo a cessação do contrato, a MGEN devolverá o prémio relativo ao período já pago e ainda não decorrido, salvo quando tenha havido pagamento de prestações decorrentes de sinistro.
4. Em caso de sinistro ocorrido antes da cessação ou da alteração do contrato, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por factos relativamente aos quais tenha havido omissão ou inexactidão negligente, a MGEN garante o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexatamente.

ARTIGO 11º - Inclusão/exclusão ou transferências de Beneficiários/Pessoas Seguras

1. Salvo convenção em contrário, qualquer inclusão de Pessoa Segura/Beneficiário verificar-se-á na data da celebração ou renovação do contrato. Exceto nos casos seguintes e quando estes ocorram há menos de 60 dias:
 - a. Admissão de um **novo colaborador** na empresa e respetivo agregado familiar;
 - b. Admissão de um **novo associado** de um determinado Grupo Fechado e respetivo agregado familiar;
 - c. **Casamento**;
 - d. **Nascimento** ou **adoção** de um novo membro da família, desde que o agregado familiar se encontre previamente incluído no contrato.
2. O início das garantias para as Pessoas Seguras que durante a vigência do contrato sejam incluídas no contrato fica sujeito aos períodos de carência previstos no artigo 4º.
3. Qualquer alteração da composição do agregado familiar deve ser comunicada à MGEN dentro dos 60 dias seguintes à sua ocorrência.
4. Durante a vigência do contrato, o Tomador do Seguro pode pedir, por escrito, a exclusão de uma Pessoa Segura. A MGEN devolverá o prémio relativo ao período já pago e ainda não decorrido, salvo quando tenha havido pagamento de prestações decorrentes de sinistro.
5. Durante a vigência do contrato, o Tomador do Seguro pode pedir, por escrito, a exclusão de todo o agregado familiar de uma Pessoa Segura. Não pode pedir a exclusão de apenas alguns membros do Agregado Familiar. A MGEN devolverá o prémio relativo ao período já pago e ainda não decorrido, salvo quando tenha havido pagamento de prestações decorrentes de sinistro.
6. Sempre que uma Pessoa Segura deixar de estar vinculada ao Grupo (Empresa, Associação ou Agregado Familiar), pode aderir a um dos planos individuais da MGEN em vigor para esse efeito. A adesão individual à MGEN deverá ser até 60 dias seguintes à saída do Grupo Seguro.

ARTIGO 12º - Reentrada da Pessoa Segura / Tomador

1. A reentrada do Tomador, ou da Pessoa Segura, num plano de garantias não é possível sem uma autorização prévia e expressa da MGEN.
2. A autorização de reentrada está condicionada a uma análise detalhada do enquadramento que terá motivado

anteriormente a saída.

CAPÍTULO III - DURAÇÃO DO CONTRATO

ARTIGO 13º - Início, duração e renovação do contrato

1. O contrato de seguro é celebrado por um ano e tomará efeito na data prevista nas Condições Particulares.
2. O contrato será anualmente renovado por igual período, salvo comunicação prévia das partes, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível, e enviada com pelo menos 30 dias antes da data de renovação do contrato.

ARTIGO 14º - Denúncia do contrato

1. Nos contratos celebrados por anos e seguintes, a denúncia equivale à sua não renovação.
2. O Tomador do Seguro, mediante comunicação escrita à MGEN e com trinta (30) dias de antecedência em relação à data de efeito, poderá denunciar o contrato na data do seu vencimento.

ARTIGO 15º - Livre resolução

1. O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da receção da apólice para poder resolver o contrato sem invocar justa causa, sem prejuízo do disposto no número seguinte.
2. O prazo previsto no número anterior conta-se a partir da data de celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro, nessa data, disponha em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes que tenham de constar da apólice.
3. A resolução do contrato nos termos acima definidos deve ser comunicada à MGEN por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível à MGEN.
4. A resolução do contrato nos termos definidos no ponto 1, têm efeito retroativo, tendo porém a MGEN direito ao ressarcimento do montante das despesas que a MGEN tenha suportado no âmbito deste contrato.

ARTIGO 16º - Resolução do contrato por justa causa

1. O presente Contrato de seguro pode ser resolvido por qualquer das partes a todo o tempo, havendo justa causa para o efeito, nos termos gerais.
2. Constitui **justa causa em relação ao Tomador** do Seguro:
 - a. O incumprimento das obrigações contratuais a cargo da MGEN essenciais à manutenção do contrato nos termos em que ele foi aceite;
3. Constitui **justa causa em relação à MGEN**, nomeadamente:
 - a. A falta de pagamento do prémio, conforme previsto no artigo 19º;
 - b. A burla ou tentativa de burla do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura;
 - c. A omissão ou inexactidão dolosa ou negligente do Tomador do Seguro/Pessoa Segura na proposta;
 - d. O incumprimento das obrigações contratuais a cargo do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura essenciais à manutenção do contrato nos termos em que ele foi aceite.
4. O prémio a devolver em caso de resolução será sempre calculado tendo em consideração o período de tempo ainda não decorrido até à data de vencimento, salvo quando tenha havido pagamento de prestações decorrentes de sinistro pela MGEN.
5. Salvo nos casos previstos na Lei Portuguesa ou expressamente referidos no contrato, a resolução do contrato produz

os seus efeitos às 24 horas do 30º dia a contar da receção da respetiva comunicação.

ARTIGO 17º - Cessação das garantias em relação às Pessoas Seguras

1. O direito às garantias termina para cada Pessoa Segura nas datas/nos momentos indicados abaixo:
 - a. Data da resolução do contrato entre o Tomador do Seguro e a MGEN;
 - b. Data termo de um Contrato Individual, cujo Protocolo estabelecido entre a MGEN e a entidade de Grupo Aberto a que o Aderente está vinculado, tenha sido resolvido, anulado ou denunciado por qualquer das partes;
 - c. No momento da quebra ou rutura da afinidade do Beneficiário relativamente ao Tomador do Seguro;
 - d. No momento em que o Aderente se encontre em quebra, rutura da afinidade, ou deixe de corresponder às condições que lhe conferem o direito de pertencer à entidade de Grupo Aberto;
 - e. Verificando-se o não pagamento dos prémios, na data limite de vencimento dos prémios e conforme as condições previstas no Artº 20º.
2. O Tomador do seguro pode igualmente pôr termo à sua adesão através do envio de carta registada enviada para a MGEN com, pelo menos, 30 dias antes do vencimento do contrato.

ARTIGO 18º - Efeitos da cessação das garantias

1. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto por um contrato de seguro posterior, a MGEN garante as prestações contratualmente devidas em consequência de Doenças Manifestadas ou de outros factos ocorridos durante a duração da adesão, desde que abrangidos pelas Garantias seguras.
2. A obrigação prevista no número anterior, sem prejuízo das regras sobre participação de sinistros previstos no contrato de seguro, apenas se verifica em relação a doenças manifestadas e outros factos ocorridos e cobertos pelo contrato de seguro, desde que participados à MGEN até ao termo de vigência do contrato.

CAPÍTULO IV - VALOR SEGURO, PAGAMENTO DOS PRÉMIOS E FALTA DE PAGAMENTO DE PRÉMIOS

ARTIGO 19º - Valor Seguro

A responsabilidade da MGEN é sempre limitada às importâncias máximas fixadas nas Condições Particulares do Contrato de Seguro.

ARTIGO 20º - Pagamento dos prémios

1. A cobertura dos riscos garantidos através do presente Contrato fica, nos termos definidos na legislação em vigor, dependente do pagamento do prémio ou fração inicial, sendo o mesmo devido na data de celebração do contrato.
2. O prémio correspondente a cada período de duração do contrato é devido por inteiro, sem prejuízo do pagamento do prémio poder ser fracionado.
3. Os prémios ou frações subsequentes são devidos nas datas definidas nas Condições Particulares do Contrato de Seguro, e, quando seja o caso, a parte do prémio de montante variável relativa a acerto de valor ou a parte do prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respetivos avisos, nos termos definidos nos números seguintes.
4. A MGEN avisará, por escrito e com uma antecedência mínima de trinta (30) dias em relação à data em que o prémio ou fração subsequente é devido. O aviso deve indicar a data do pagamento e o valor a pagar.
5. Quando por acordo, o pagamento do prémio for objeto de fracionamento por prazo igual ou inferior ao trimestre, não

haverá lugar ao envio de qualquer aviso de cobrança.

ARTIGO 21º - Falta de pagamento de prémios

1. Se o prémio ou fração inicial não for pago até à sua data limite de vencimento, pelo Tomador do Seguro, o contrato não produzirá quaisquer efeitos.
2. Se o pagamento do prémio for fracionado, a falta de pagamento de qualquer fração subsequente no decurso de uma anuidade determina a resolução automática e imediata do contrato às 24 horas da data em que o pagamento dessa fração era devido.
3. Se verificar-se a falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração deste, na data em que esse pagamento era devido, considera-se que o contrato não se renova, deixando consequentemente de produzir efeitos a contar das 24 horas dessa mesma data.
4. Se verificar-se a falta de pagamento de um prémio adicional considera-se a resolução automática e imediata do contrato às 24 horas da data em que o pagamento desse prémio era devido.

ARTIGO 22º - Atualização do prémio

De acordo com a evolução dos custos e quantidade de atos médicos indemnizados ao abrigo dos seguros de saúde, o prémio poderá ser atualizado, anualmente, na data de renovação do contrato, mediante aviso prévio ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de trinta (30) dias.

CAPÍTULO V - DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES

ARTIGO 23º - Obrigações do Tomador do Seguro e/ou das Pessoas Seguras em caso de sinistro

1. Em caso de acidente ou doença garantidos ao abrigo do presente Contrato, o Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura obrigam-se a:
 - a. Nas **prestações convencionadas**:
 - b. Selecionar um prestador da Rede de Prestadores indicada pela MGEN;
 - c. Apresentar o seu cartão de saúde nos serviços clínicos no prestador;
 - d. Pagar ao prestador a parte da despesa que fica a seu cargo, conforme definido nas Condições Particulares.

Nas **prestações indemnizatórias**:

- e. O impresso de pedido de reembolso deve ser devidamente preenchido e enviado à MGEN;
- f. Solicitar autorização prévia à MGEN para a realização dos atos médicos descritos no n.º 3 do presente Artº. Sendo que, de outro modo, não serão efetuadas quaisquer prestações indemnizatórias decorrentes desses atos;
- g. Apresentar a prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados, bem como para os medicamentos e óculos adquiridos;
- h. Quando a despesa tiver sido realizada no estrangeiro e a mesma se encontrar garantida pelo contrato, os respetivos recibos originais terão obrigatoriamente de estar redigidos em português, inglês, francês ou espanhol;
- i. Apresentar, no prazo máximo de cento e oitenta (180) dias a contar da data de realização do ato médico em causa, os recibos originais das despesas efetuadas, os quais terão obrigatoriamente que indicar o nome do doente a que respeitam, discriminar os serviços prestados, a especialidade médica e obedecer às normas legais, nomeadamente às de natureza fiscal;

- j. Sem prejuízo do disposto no ponto anterior, se o pedido de reembolso das despesas é apresentado depois do prazo estabelecido, ao montante do reembolso serão deduzidas as perdas e prejuízos decorrentes desse atraso, desde que o aderente prove não ter contribuído para esse atraso. Para este efeito, as perdas e prejuízos não poderão ser superiores a 10% do total do montante a reembolsar;
 - k. Sempre que o presente contrato tiver sido estabelecido em Regime Complementar, conforme indicado nas suas Condições Particulares, a Pessoa Segura obriga-se a apresentar o pedido de comparticipação de despesas em primeiro lugar ao outro subsistema de saúde e de acordo com as regras específicas em vigor para esse subsistema. A prestação indemnizatória da MGEN à Pessoa Segura só será realizada após prévia comparticipação do subsistema anterior;
 - l. Quando o Tomador do Seguro / Pessoa Segura tenha previamente acionado o funcionamento de garantias de outro subsistema de saúde ou contrato de seguro, deverá apresentar fotocópia da prescrição médica e do recibo das despesas efetuadas, bem como um documento original comprovativo da parte da despesa não reembolsada ao abrigo do subsistema ou contrato de seguro anteriormente acionado;
 - m. Neste último caso, e para efeitos do ponto anterior, o prazo contar-se-á a partir da data da declaração de pagamento emitida pela Entidade/Seguradora/Subsistema responsável.
2. Para além das obrigações acima referidas, o Tomador do Seguro e/ ou a Pessoa Segura deverão igualmente em caso de sinistro:
- a. Informar com verdade a MGEN sobre as circunstâncias e consequências da doença ou acidente;
 - b. Cumprir as prescrições do médico a que tenham recorrido;
 - c. Sujeitar-se a exames por médicos designados pelo Prestador ou pela MGEN, caso estes o considerem necessário;
 - d. Autorizar os médicos ou hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos da MGEN, os relatórios clínicos e quaisquer outros documentos que estes solicitem durante o processo de assistência à Pessoa Segura.
3. As Pessoas Seguras deverão igualmente solicitar a pré-autorização aos serviços clínicos da MGEN, sempre que estiver em causa a realização de:
- a. Despesas garantidas ao abrigo da Condição Especial de "Despesas de Hospitalização", quando motivadas por acidente ou doença;
 - b. Despesas com tratamentos de fisioterapia, de terapia da fala, garantidas ao abrigo da Condição Especial "Despesas de Assistência Ambulatória", quando contratada, e Despesas de Transportes para Unidades Hospitalares no Estrangeiro;
 - c. Despesas com tratamentos consequentes de doenças graves, doenças crónicas, doenças ou lesões pré-existentes bem como doenças provocadas por malformações congénitas;
 - d. Qualquer ato médico indicado na Cláusula Particular "Extensão Territorial" quando, neste último caso, tiver sido alargado o âmbito territorial da apólice nos termos previstos.
4. Se por uma situação de urgência não for possível solicitar a pré-autorização, devem ser contactados os serviços clínicos da MGEN no mais curto período de tempo possível, não excedendo as 96 horas seguintes. A MGEN informará as Pessoas Seguras sempre que futuramente outros serviços clínicos ou despesas necessitem de pré-autorização.
5. O Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura obrigam-se a tomar todas as providências para evitar ou, pelo menos, diminuir o agravamento das consequências do acidente ou da doença.
6. O Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras responderão por perdas e danos caso não sejam seguidos os procedimentos previstos nos números anteriores.
7. O Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras autorizam a MGEN a ceder à AdvanceCare a informação confidencial sobre este Contrato.

ARTIGO 24º - Pagamento da indemnização

1. A MGEN obriga-se a proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correta regularização dos sinistros.
2. Nas prestações indemnizatórias a MGEN pagará o montante devido no prazo de quinze (15) dias úteis após a receção dos pedidos de reembolso devidamente acompanhados dos justificativos necessários para a regularização do sinistro.
3. Os pagamentos devidos pela MGEN serão efetuados em Portugal e em moeda nacional.
4. Caso as despesas suportadas pela Pessoa Segura sejam efetuadas em moeda estrangeira, a conversão para Euros será realizada à taxa de câmbio publicada pelo Banco de Portugal no dia de realização da despesa.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES FINAIS

ARTIGO 25º - Complementaridade

No caso de haver complementaridade entre este Contrato de Seguro e outros sistemas de proteção, o total das participações pagas por outras entidades/instituições e pela MGEN não poderá em caso algum ser superior ao valor real das despesas realizadas pelo Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura.

ARTIGO 26º - Âmbito territorial

1. O contrato é válido em Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira.
2. O contrato é válido no estrangeiro quando se verifique uma das seguintes condições:
 - a. Em caso de acidente ou doença súbita, quando a Pessoa Segura se encontrar no estrangeiro por um período não superior a noventa (90) dias;
 - b. Em caso de qualquer tratamento no estrangeiro, desde que uma entidade médica, nomeada pela MGEN, reconheça a impossibilidade de se efetuar o tratamento em causa, em território nacional;
3. Quando expressamente previsto nas Condições Particulares, e sem prejuízo do disposto no n.º 2 deste artigo, o contrato poderá igualmente produzir efeitos no estrangeiro, nas condições e termos previstos nas Condições Especiais.

ARTIGO 27º - Comunicações e notificações entre as partes

1. As comunicações ou notificações previstas neste Contrato de Seguro devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro, para a última morada do Tomador do Seguro constante no contrato e para a MGEN, para a morada da Europamut.
2. Qualquer alteração de morada do Tomador do Seguro deve ser comunicada à MGEN, para a morada da Europamut, nos 30 dias seguintes à data em que essa alteração se verifique. Caso isto não se verifique, tornar-se-ão válidas todas as comunicações e notificações enviadas para a anterior morada.

ARTIGO 28º - Prescrição

Os direitos emergentes do presente contrato prescrevem no prazo de cinco anos a contar da data em que o titular teve conhecimento do direito, sem prejuízo da prescrição ordinária a contar do facto que lhe deu causa.

ARTIGO 29º - Sub-rogação

A MGEN, uma vez paga a indemnização, fica sub-rogada nos direitos da Pessoa Segura contra terceiros responsáveis pelo



sinistro, até à concorrência da quantia indemnizada, abstendo-se a mesma de praticar quaisquer atos ou omissões que possam prejudicar a sub-rogação, sob pena de responder por perdas e danos.

ARTIGO 30º - Proteção de dados

De acordo com a Lei de Proteção de Dados Pessoais (Lei da Proteção de Dados Pessoais n.º 67/98 de 26 de Outubro da Lei Portuguesa), qualquer Aderente ou Beneficiário tem direito de acesso e retificação dos seus dados pessoais que são recolhidos nos ficheiros informáticos da MGEN, e dos Prestadores de cuidados médicos.

ARTIGO 31º - Gestão de reclamações

1. Em caso de contestação relativa a Garantias, as reclamações devem ser apresentadas pelo Aderente, através de e-mail ou correio dirigido à MGEN para:

reclamacoes@mgen.pt

Gestão de Reclamações

Rua Alfredo Guisado, n.º 8-10

1500-030 Lisboa

2. Em caso de divergência com a MGEN, o Tomador do Seguro e/ ou Pessoa Segura podem também apresentar reclamações a entidades competentes, sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor em Portugal.

ARTIGO 32º - Lei aplicável, arbitragem e foro competente

1. Estabelece-se como foro competente para a resolução de eventual litígio entre as partes a Lei portuguesa, sendo admitido o recurso à arbitragem, bem como os normativos regulamentares, de controlo e de supervisão da atividade da MGEN em França.
2. Em caso de litígio que resulte da execução ou interpretação do presente contrato, o Segurador, o Tomador do Seguro e os Aderentes esforçar-se-ão por alcançar uma solução de comum acordo.
3. Sem prejuízo do disposto no número anterior, a resolução de qualquer litígio ou diferendo relacionado com o presente contrato de seguro será dirimida pelo foro que resultar da aplicação das regras legais, a determinar consoante o caso concreto.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Quando expressamente previstos nas Condições Particulares e até aos limites nelas indicadas, ficam garantidos os atos e despesas indicadas nas Condições Especiais a seguir indicadas:

ARTIGO 1º - Cobertura de despesas de hospitalização

1. A presente Condição Especial garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas abaixo indicadas, desde que realizadas em ambiente hospitalar e com internamento por período igual ou superior a 24 horas, nomeadamente:
 - a. Honorários médicos;
 - b. Internamento em unidades de cuidados intensivos;
 - c. Tratamentos de quimioterapia e radioterapia quando realizados em ambiente hospitalar, independentemente da existência de internamento;
 - d. Cirurgia do foro estomatológico, ou maxilo-facial, quando seja consequência de tumor, doença grave ou acidente (ocorrido na vigência do presente contrato) que requeira tratamento de urgência em regime de internamento;
 - e. Diárias da Pessoa Segura;
 - f. Enfermagem não privativa;
 - g. Exames auxiliares de diagnóstico, quando prescritos e realizados durante o internamento;
 - h. Medicamentos administrados durante o internamento;
 - i. Próteses intra-cirúrgicas;
 - j. Piso de sala de operação e instalações necessárias à realização dos atos médicos (bloco operatório, sala de recobro, etc.) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc.);
 - k. Transporte terrestre de ambulância de e para uma Unidade Hospitalar, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique;
 - l. Cirurgia ou Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia nas situações em que as dioptrias, para cada olho, são superiores a 3,5 dioptrias, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório.
 - m. Cuidados continuados ou paliativos. Estas despesas serão comparticipadas até ao valor máximo equivalente a 15% do capital de hospitalização indicado nas condições particulares do contrato.
2. Ainda que o internamento tenha duração inferior a 24 horas, está também garantido o pagamento das despesas acima referidas, quando decorrentes de cirurgia de ambulatório cuja valorização relativa seja igual ou superior a 100 K, de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.
3. Os honorários médicos cirúrgicos garantidos nesta cobertura são limitados aos montantes que resultem do produto entre o valor de "K" indicado nas Condições Particulares e o número de "K" previsto no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos.
4. Não estão cobertas despesas com acompanhantes, exceto nos casos de internamento de crianças de idade inferior a 17 anos.
5. Não estão garantidas despesas de natureza privada, tais como utilização de telefone, aluguer de TV, etc.
6. Não serão consideradas nesta cobertura despesas do foro estomatológico, para além das previstas na alínea d) do ponto 1 do presente artigo.

ARTIGO 2º - Cobertura de despesas de assistência ambulatória

1. A presente Condição Especial garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas abaixo indicadas, que não requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados, nomeadamente:
 - a. Honorários médicos de consultas de clínica geral;
 - b. Honorários médicos de consultas de especialidade;
 - c. Tratamentos ambulatórios prescritos pelo médico (Serviços clínicos prestados pelo médico, aplicação de injeções, infusões endovenosas, transfusões de sangue, aplicação de oxigénio, pensos cirúrgicos, aplicações de aparelhos de gesso e talas, tratamentos por raio X e laser);
 - d. Exames auxiliares de diagnóstico prescritos pelo médico (Exames radiológicos; Eletrocardiogramas; Eletroencefalogramas; Eletromiogramas; Análises clínicas e anatomopatológicas, Audiogramas);
 - e. Pequena cirurgia realizada fora do Hospital;
 - f. Cirurgia cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar e atos médicos decorrentes sejam inferiores a 100 K, de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos;
 - g. Fisioterapia;
 - h. Cinesioterapia;
 - i. Terapia da fala;
 - j. Enfermagem não privativa;
 - k. Transporte terrestre de ambulância de e para uma Unidade Hospitalar em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique;
 - l. Transporte para uma Unidade Hospitalar no estrangeiro;
 - m. Acupuntura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, fitoterapia e Quiropráxia praticados por médicos e técnicos de reconhecida autonomia deontológica no âmbito da rede de prestadores AdvanceCare.
2. Os honorários médicos cirúrgicos garantidos nesta cobertura são limitados aos montantes que resultem do produto entre o valor de "K" indicado nas Condições Particulares e o número de "K" previsto no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, exceto nos casos referidos na alínea m) do ponto anterior.
3. A sedação aplicada no âmbito da realização de exames carece de uma prévia análise clínica, sendo necessário o envio de Relatório Médico.
4. Não são garantidos os produtos de venda livre tais como: fraldas, papas, leites, material de penso, seringas e agulhas, cremes, produtos dietéticos, e outros produtos similares.
5. Não serão consideradas nesta cobertura despesas do foro estomatológico.

ARTIGO 3º - Cobertura de estomatologia

1. A presente Condição Especial garante o pagamento, até aos limites fixados nas Condições Particulares, de despesas do foro Estomatológico e/ou maxilo-facial, nomeadamente:
 - a. Consultas e tratamentos;
 - b. Internamento hospitalar;
 - c. Honorários médicos;
 - d. Tratamentos ambulatórios e outros atos clínicos, bem como exames auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por médicos estomatologistas, de medicina dentária ou maxilo-facial;
 - e. Limpezas dentárias;
 - f. Ortodontia;
 - g. Aquisição de próteses dentárias;
 - h. Cirurgia do foro estomatológico ou maxilo-facial quando seja consequência de doença.
2. No âmbito desta Condição Especial, não são garantidos os custos decorrentes da utilização de materiais preciosos.

ARTIGO 4º - Cobertura de próteses e ortóteses

1. A presente Condição Especial garante o pagamento, até aos limites fixados nas Condições Particulares, das despesas efetuadas com os instrumentos clinicamente concebidos que substituem total ou parcialmente a perda de um membro ou órgão, bem como aqueles que têm por finalidade ajudar o membro ou órgão a cumprir, no todo ou em parte, as suas funções, desde que prescritas por um médico, nomeadamente:
 - a. Aros quando adquiridos com as respetivas lentes graduadas;
 - b. Aquisição de lentes graduadas;
 - c. Aquisição de lentes de contacto graduadas, exceto líquidos de manutenção, quando prescritas por médico ou optometrista;
 - d. Aquisição de próteses e/ ou ortóteses auditivas, oftalmológicas, ortopédicas;
 - e. Aquisição de calçado ortopédico;
 - f. Aquisição ou aluguer de cadeiras de rodas, camas articuladas e outros equipamentos auxiliares com exceção de meias elásticas, pés elásticos, cintas de contenção, cintas de gravidez, lombostatos, punhos elásticos, joelheiras, cotovelleiras, suportes de braço, aparelho de aerossol, tampões auditivos e palmilhas.
2. As despesas associadas às alíneas a) e b) são também garantidas quando prescritas por optometristas, sendo comparticipadas em cada duas anuidades do contrato, exceto quando se verifique a alteração da graduação relativamente à prescrição anterior.
3. No caso das crianças até aos 16 anos, os aros e lentes oculares poderão ser comparticipáveis sem que se verifique a referida alteração de correção, desde que na prescrição médica seja justificada a necessidade de trocar de óculos em consequência do crescimento da criança.
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 respetiva participação do acidente seja acompanhada de documento comprovativo das lesões físicas provocados na Pessoa Segura, elaborado pelo médico, ou unidade hospitalar que prestou assistência.
5. Não serão consideradas nesta cobertura despesas do foro estomatológico.

ARTIGO 5º Cobertura de medicamentos

1. A presente Condição Especial garante o reembolso, até aos limites fixados nas Condições Particulares, das despesas efetuadas com a aquisição de medicamentos registados no Infarmed e prescritos por médico credenciado para tratamento exclusivo do beneficiário no que respeite a doenças, afeções, a anticoncecionais ou acidentes até ao limite fixado nas condições particulares.
2. Não serão considerados nesta cobertura os medicamentos não reconhecidos pelo Infarmed ou produtos farmacêuticos manipulados.
3. Para a comparticipação de Vitaminas, é necessário a apresentação da respetiva prescrição e o relatório médico que justifique clinicamente a sua utilização.
4. Para a comparticipação de Vacinas, é necessário a apresentação da respetiva prescrição médica.
5. Nos casos de apólices complementares de subsistemas, apenas serão reembolsados os medicamentos que tenham uma comparticipação prévia (do Serviço Nacional de Saúde ou de um subsistema), incluindo manipulados desde que expressa e previamente comparticipados.

ARTIGO 6º Cobertura de parto

1. A presente Condição Especial garante, até aos limites fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas relacionadas com o parto (normal ou cesariana) ou interrupção da gravidez, nomeadamente:
 - a. Honorários médicos, nomeadamente de obstetra, médico-cirurgião, anestesista, ajudantes, parteiras

- quando clinicamente necessários;
- b. Sala de operações, instrumentos, medicamentos e material utilizado;
 - c. Elementos auxiliares de diagnóstico;
 - d. Tratamentos;
 - e. Diária hospitalar da parturiente e do recém-nascido até 1 mês, desde que este não tenha tido alta;
 - f. Enfermagem não privativa;
 - g. Transporte terrestre de ambulância para uma Unidade Hospitalar em Portugal;
 - h. Despesas relativas a cuidados neonatais.
2. Os honorários médicos cirúrgicos garantidos nesta cobertura são limitados aos montantes que resultem do produto entre o valor de "K" indicado nas Condições Particulares e o número de "K" previsto no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos.
 3. Não estão cobertas despesas com acompanhantes ou quaisquer outras de natureza particular.

ARTIGO 7º - Cobertura de acesso à rede de bem-estar

1. Pela presente cobertura e desde que indicada nas Condições Particulares, a MGEN garante o acesso à rede de Bem-Estar nas condições estabelecidas e pré-convencionadas entre a AdvanceCare e o prestador, nomeadamente:
 - a. Medicinas Alternativas (Acupuntura, Homeopatia, Osteopatia, Quiroprática, Shiatsu);
 - b. Termas;
 - c. Ginásios e *Health Clubs*;
 - d. Spas;
 - e. Consultas de Nutrição;
 - f. Parafarmácias;
 - g. Podologia;
 - h. Preparação para o parto;
 - i. Psicologia;
 - j. Talassoterapia;
 - k. Terapia da fala;
 - l. Higiene Oral;
 - m. Óticas;
 - n. Outros serviços incluídos na rede.
2. É da responsabilidade da Pessoa Segura a escolha do prestador da rede de bem-estar e o pagamento dos respetivos honorários convencionados.

ARTIGO 8º - Cobertura de acesso à rede HNA Espanha

1. Desde que incluído nas Condições Particulares do Contrato, fica garantido o pagamento de despesas de saúde realizadas em Espanha, nos termos e condições a seguir indicados:
 - a. Despesas de Hospitalização, quando motivadas por acidente ocorrido ao abrigo do presente contrato, ou doença;
 - b. Despesas de Assistência Ambulatória;
 - c. Despesas com Medicamentos;
1. Sem prejuízo do acima disposto, a extensão territorial prevista ao abrigo da presente Cláusula Particular não se aplica em relação às despesas de hospitalização motivadas por parto.
2. **Condições de Funcionamento:**
 - a. As despesas realizadas ao abrigo das Condições Especiais "Despesas de Hospitalização" e "Despesas de Assistência Ambulatória" apenas ficarão garantidas desde que efetuadas em regime de prestação convencionada junto dos Prestadores indicados pela Rede HNA.
 - b. As "Despesas com Medicamentos" realizadas apenas serão objeto de reembolso por parte da MGEN, desde que os mesmos sejam prescritos por médicos pertencentes a rede convencionada no âmbito de consultas ou atos médicos realizados ao abrigo das Condições Especiais "Despesas de Hospitalização"

e “Despesas de Assistência Ambulatória”.

- c. Quando, atendendo à natureza da despesa e/ou do ato médico a realizar no estrangeiro, for necessária a pré-autorização da Rede HNA ou pela MGEN, as despesas de saúde referidas no ponto 1 só ficarão garantidas desde que a pré-autorização tenha sido solicitada pela Pessoa Segura e previamente aceite pela Rede HNA ou pela MGEN.
- d. A presente extensão territorial não produzirá efeitos em relação às despesas de saúde garantidas ao abrigo da Condição Especial “Despesas de Hospitalização”, quando, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura, os tratamentos a realizar no estrangeiro tenham uma finalidade meramente paliativa.

3. Pré-Autorização:

Para efeitos do disposto no ponto anterior, o pagamento de despesas garantidas ao abrigo da presente Cláusula Particular ficará sempre sujeita à pré-autorização pela MGEN nos seguintes casos:

- a. Quaisquer despesas de saúde garantidas ao abrigo da Condição Especial “Despesas de Hospitalização”;
- b. Cirurgias realizadas em regime ambulatório;
- c. Tratamentos em Hospital em regime ambulatório;
- d. Angioscopia fluorescência e Retinografia;
- e. RMN / TAC;
- f. Diagnóstico cardiológico;
- g. Ecocardiograma, Holter, Ergometria, Doppler;
- h. Análises clínicas (especificamente cariótipos);
- i. Estudos anatmopatológicos especiais;
- j. Extração de sinais, quistos e nevos em consulta;
- k. Fisioterapia;
- l. Radiologia Vascular;
- m. Radioterapia;
- n. Quimioterapia e Cobaltoterapia;
- o. Todas as Técnicas de Neurofisiologia;
- p. Isótopos radioactivos.

ARTIGO 9º - Utilização de consultas

1. A utilização da garantia de consultas de especialidade é limitada por anuidade conforme abaixo indicado, **exceto por motivo de patologia comprovada** através de relatório médico que o justifique:
 - a. Clínica Geral / Medicina Interna: 8 Consultas;
 - b. Obstetrícia e Pediatria (0-1 anos): 12 Consultas;
 - c. Cirurgia Vascular: 2 Consultas;
 - d. Restantes especialidades: 4 Consultas por especialidade.
2. As consultas de especialidade abaixo indicadas, estão limitadas por anuidade:
 - a. Psicologia: 4 consultas;
 - b. Psiquiatria: 6 consultas individuais ou 12 consultas em grupo.

ARTIGO 10º - Limites na utilização de tratamentos

1. A utilização da garantia de tratamentos de especialidade é limitada por anuidade conforme abaixo indicado, **exceto por motivo de patologia comprovada** através de relatório médico que o justifique:
 - a. Fisioterapia, Terapia da fala, Psicoterapia, Cinesioterapia: 12 sessões por anuidade;
 - b. Despesas relacionadas com métodos contraceptivos estão limitadas a 40 Euros por anuidade.

ARTIGO 11.º - Cobertura de check-up periódico

1. Pela presente cobertura, desde que indicada nas Condições Particulares, fica garantido:
 - a. O acesso direto à Rede de Prestadores de check-ups integrada na rede da AdvanceCare/MGEN (Opção 1 – onde são garantidos preços convencionados pagos pela Pessoa Segura) e/ou
 - b. A realização de um Check-up bianual até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares (Opção 2 - onde a Pessoa Segura paga um copagamento na rede de check-ups, sendo garantido um check-up de 2 em 2 anos).
2. O Check-up é constituído pelas seguintes prestações:
 - c. Consulta Médica com Relatório;
 - d. Hemograma (Eritrograma+ leucócitos+fórmula leucocitária);
 - e. Velocidade de sedimentação eritrocitária = VS;
 - f. Urina II (análise sumária da urina);
 - g. Glicose;
 - h. Creatinina Urina;
 - i. Creatinina Sérica;
 - j. Ácido Úrico;
 - k. Colesterol total;
 - l. Colesterol HDL;
 - m. Colesterol LDL (calculado);
 - n. Triglicédeos;
 - o. TGO;
 - p. TGP;
 - q. Albumina (Pesquisa de...);
 - r. Sangue Oculto (Pesquisa de...);
 - s. Eletrocardiograma simples de 12 derivações c/ interpretação e relatório;
 - t. Raio X Tórax, pulmões e coração (1 incidência);
 - u. Mamografia – 4 incidências, 2 de cada lado (para Pessoas Seguras com idade superior a 35 anos);
 - v. Antígeno Específico da Próstata = SPA (RIA/EIA)=PSA (para Pessoas Seguras com idade superior a 35 anos).

ARTIGO 12.º - Cobertura de segunda opinião médica internacional

1. Pela presente cobertura e desde que indicada nas Condições Particulares, em caso de Doença Grave é colocado à disposição do segurado, um serviço de Segunda Opinião Médica Internacional, possibilitando a obtenção de uma segunda opinião relativamente ao diagnóstico da sua patologia e/ou respetivos tratamentos médicos adequados por parte de Médicos Especialistas Internacionais de reconhecido prestígio.
2. A presente cobertura garante o acesso a:
 - a. Apoio clínico personalizado em Portugal para a gestão do seu caso de Segunda Opinião Médica Internacional;
 - b. Compilação de toda a informação clínica necessária;
 - c. Análise do seu caso por parte de Especialistas de renome internacional e emissão de uma segunda opinião sobre o diagnóstico da sua patologia e/ou tratamentos médicos adequados;
 - d. Relatório detalhado em Português sobre o seu caso clínico que incluirá:
 - i. Resumo do caso;
 - ii. Motivo da segunda opinião médica internacional;
 - iii. Processo de seleção dos Especialistas Médicos Internacionais;
 - iv. Segunda opinião dos Especialistas Médicos Internacionais;
 - v. Currículo dos especialistas selecionados.
3. Para utilizar esta cobertura, o segurado deverá preencher o formulário específico de requisição do serviço de Segunda Opinião Médica Internacional, o qual deverá ser solicitado junto dos serviços da MGEN/AdvanceCare, através da

Linha de Apoio ao Cliente.

4. Para uma correta utilização deste serviço, o segurado deverá entregar toda a documentação clínica que disponha e que lhe seja solicitada pelos serviços clínicos da MGEN, estando a qualidade da Segunda Opinião Médica Internacional emitida dependente da amplitude e rigor dos dados enviados pelo segurado.
5. Exclui-se do âmbito desta cobertura:
 - a. Quaisquer pedidos de Segundo Opinião Médica Internacional solicitados cujos serviços clínicos da MGEN considerem que não se enquadrem no âmbito de um Serviço de Segunda Opinião Médica Internacional tal como referido no Artigo 1º desta cobertura;
 - b. Quaisquer despesas médicas com honorários, medicamentos e/ou internamentos;
 - c. Despesas de transporte e/ ou alojamento em Portugal ou no Estrangeiro.
6. A Segunda Opinião Médica Internacional deve ser considerada como um complemento ao parecer do seu médico assistente. Dessa forma, a MGEN não se responsabiliza pela utilização por parte do segurado ou de quaisquer outras pessoas ou entidades da informação apresentada como resposta ao pedido de Segunda Opinião Médica Internacional, estando por isso excluídas quaisquer perdas ou danos originados, direta ou indiretamente, pela opinião dos médicos e/ou profissionais consultados.

ARTIGO 13.º - Cobertura de acesso à rede de prevenção dentária

1. Pela presente cobertura e desde que indicada nas Condições Particulares, a MGEN garante o acesso a uma Rede de Prestadores de serviços na área da medicina dentária, denominada por Dentinet 1, nas condições estabelecidas e pré-convencionadas com a rede de prestadores. Para efeitos da utilização da rede, a Pessoa Segura beneficia do acesso a atos médicos de cuidados dentários, suportando apenas um copagamento específico.
2. Atos médicos garantidos na Rede de Prevenção Dentária:
 - a. Consulta;
 - b. Consulta de Urgência;
 - c. Instrução e Motivação de Higiene Oral Adulto / Criança;
 - d. Profilaxia em Adulto ou Criança;
 - e. Aconselhamento Nutricional para Controlo de Doenças da Cavidade Oral e Aconselhamento Antitabágico para Controlo e Prevenção em Saúde Oral;
 - f. Realização e Interpretação de Radiografia Panorâmica / Ortopantomografia e/ou Periapical, e/ou Interproximal, e/ou Oclusal;
 - g. Realização e Interpretação de Telerradiografia Lateral e/ou frontal;
 - h. Exodontias de dentes decíduos e dentes permanentes monorradiculares e multirradiculares (excluem-se dentes inclusos, exodontias com odontossecação e/ou osteotomia assim como Exodontias de dentes supranumerários);
 - i. Exodontias de fragmentos radiculares (que não necessitem cirurgia maxilo-facial);
 - j. Estudo de reabilitação sobre implantes;
 - k. Ajuste oclusal para próteses, sem montagem em articulador;
 - l. Destartarização Bimaxilar;
 - m. Polimento Dentário;
 - n. Polimento de restauração em amálgama com ou sem selagem marginal;
 - o. Polimento de restauração em resina composta e Polimento de restauração em resina composta e selagem superficial;
 - p. Aplicação Tópica De Fluor (Com Moldeiras);
 - q. Selamento de Fissuras;
 - r. Remoção de Sutura;
 - s. Atestado Médico.
3. Os serviços de cuidados de saúde abrangidos por esta cobertura são garantidos exclusivamente no regime de prestações convencionadas da Rede.
4. **Exclusões:** salvo disposição em contrário e sem prejuízo das exclusões constantes nas Condições Gerais, ficam ainda excluídas desta garantia as despesas com:
 - a. Todos os custos com utilização de materiais preciosos;

- b. Atos Médicos não incluídos na cobertura da Rede de Prevenção Dentária.
5. **Período de Carência:** não é aplicável qualquer período de carência a esta prestação de serviços.

ARTIGO 14.º - Cobertura de assistência médica nacional

1. Pela presente cobertura e desde que indicada nas Condições Particulares, a MGEN, através do prestador de saúde IMA, coloca à disposição do segurado um Serviço de Assistência que garante, mediante solicitação telefónica, em caso de urgência e até aos limites aplicáveis, as seguintes garantias:

a. Aconselhamento Médico

Através da linha telefónica de atendimento 24 horas por dia, a Pessoa Segura poderá solicitar, à Equipa Médica do Serviço de Assistência:

- i. - Informação médica referente a doenças;
 - ii. - Informação médica referente à prevenção de problemas de saúde;
 - iii. - Informação sobre a correta administração de medicamentos;
 - iv. - Assessoria na compreensão de relatórios de laboratório, terminologia médica, interpretação de relatórios e diagnósticos;
 - v. - Explicação do funcionamento e preparação prévia necessária à realização de exames médicos complementares;
 - vi. - Outras informações de interesse (informação relacionada com saúde infantil, farmácias, etc.).
2. Caso não seja possível fornecer uma resposta imediata, o Serviço de Assistência diligenciará no sentido de efetuar a procura de informações solicitadas e voltará a contactar com a Pessoa Segura para transmitir as respetivas informações. Os Serviços de Assistência não serão responsáveis pelas interpretações da Pessoa Segura nem das eventuais consequências das mesmas. As eventuais informações médicas prestadas não poderão ser entendidas como uma consulta médica e não a substitui, mas tão-somente como uma orientação geral prestada por um dos médicos do Serviço de Assistência:
- a. Envio de Médico ao Domicílio;
 - b. O Serviço de Assistência garante à Pessoa Segura o envio de um médico ao domicílio, contra um copagamento definido nas Condições Particulares, a efetuar no ato da consulta e diretamente ao médico;
 - c. No caso de indisponibilidade do médico ou ausência de médico no concelho ou distrito onde a Pessoa Segura se encontra o Serviço de Assistência organiza e suporta o transporte da Pessoa Segura até ao centro clínico mais próximo, suportando o custo da respetiva consulta com um copagamento conforme definido nas Condições Particulares;
 - d. Garante a entrega dos medicamentos ao domicílio sempre que a Pessoa Segura seja possuidor de um receituário médico. O custo dos medicamentos e respetivas despesas de entrega decorrem a cargo da Pessoa Segura;
 - e. Transporte em Ambulância.
3. Em caso de necessidade, a IMA organiza o transporte da Pessoa Segura em ambulância do domicílio para o posto de primeiros socorros ou de urgências mais próximo; a IMA não substitui os serviços de emergência públicos, em caso de urgência vital a Pessoa Segura deverá de contactar o serviço de urgência 112. Após alta médica hospitalar e sempre que justificado, por prescrição médica a impossibilidade do cliente se deslocar pelos seus próprios meios, a IMA garante o seu transporte para o domicílio, pelo meio mais adequado à sua situação clínica, de acordo com o parecer do médico da IMA, ou na impossibilidade deste, do médico da unidade hospitalar.
4. O custo dos transportes decorrem a cargo do aderente.
5. **Âmbito Territorial:** as garantias da presente Condição Especial são válidas em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.
6. **Exclusões:** sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta garantia, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o reembolso das despesas com:

- a. Ações de salvamento, assistência médica primária e primeiro transporte medicalizado, sempre que existam e possam ser acionados meios públicos para o efeito.

ARTIGO 15.º - Cobertura de acesso à rede oftalmológica

1. A presente Condição Especial garante, desde que indicada nas Condições Particulares, o pagamento das despesas de saúde de cuidados oftalmológicos realizados junto da Rede de Prestadores de Oftalmologia com as consultas ou os tratamentos do foro oftálmico previstos na Tabela de Copagamentos da Rede de Prestadores indicada em www.mgen.pt, em consequência de doença ou acidente ocorrido durante a vigência do contrato.
2. Acesso a um conjunto de atos médicos a realizar por um médico oftalmologista com um valor máximo convencionado de 35,00€, composto por:
 - a. Consulta;
 - b. Tonometria de sopro e de aplanção;
 - c. Auto refractómetro;
 - d. Oftalmoscopia indirecta completa;
 - e. Gonioscopia;
 - f. Biomicroscopia do fundo ocular ou visão camerular com lente de Goldman.
3. Para o efeito, a Pessoa Segura limitar-se-á a pagar ao Prestador da Rede por ela escolhido, o valor do copagamento a seu cargo, conforme indicado na tabela de Copagamentos de Oftalmologista disponível, sendo o remanescente diretamente pago pela MGEN ao respetivo prestador.
4. Fica ainda garantido o acesso à rede de prestadores para:
 - a. Aquisição de aros e respetivas lentes;
 - b. Aquisição de lentes de contacto;
 - c. Aquisição de próteses oftalmológicas.