



# Proteção de Saúde Mutualista

Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

Proteção

Solidariedade

Transparência

## Condições Gerais e Especiais

Versão: CG\_2017

<b>CONDIÇÕES GERAIS.....</b>	<b>4</b>
<b>ARTIGO PRELIMINAR .....</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO I - Definições, Objeto, Garantias e Exclusões .....</b>	<b>4</b>
ARTIGO 1.º - Definições .....	4
ARTIGO 2.º - Objeto do Contrato e Âmbito das Garantias.....	6
ARTIGO 3.º - Condições de Adesão.....	6
ARTIGO 4.º - Período de Carência e Entrada em Vigor das Garantias.....	7
ARTIGO 5.º - Exclusões .....	7
<b>CAPTITULO II - Formação do Contrato e suas Alterações .....</b>	<b>8</b>
ARTIGO 6.º - Formação do Contrato.....	8
ARTIGO 7.º - Efeitos do Contrato.....	9
ARTIGO 8.º - Consolidação do Contrato.....	9
ARTIGO 9.º - Omissões ou Inexatidões Dolosas do Tomador do Seguro / Pessoa Segura na Declaração Inicial do Risco.....	9
ARTIGO 10.º - Omissões ou Inexatidões Negligentes do Tomador do Seguro / Pessoa Segura na Declaração Inicial do Risco .....	9
ARTIGO 11.º - Inclusão/Exclusão ou Transferência de Pessoa Segura .....	9
ARTIGO 12.º - Reentrada de Tomador do Seguro / Pessoa Segura .....	10
<b>CAPÍTULO III - DURAÇÃO DO CONTRATO.....</b>	<b>10</b>
ARTIGO 13.º - Início, Duração e Renovação do Contrato .....	10
ARTIGO 14.º - Denúncia do Contrato .....	10
ARTIGO 15.º - Livre Resolução.....	10
ARTIGO 16.º - Resolução do Contrato por Justa Causa .....	11
ARTIGO 17.º - Cessação das Garantias em Relação às Pessoas Seguras .....	11
ARTIGO 18.º - Efeitos da Cessação das Garantias.....	11
<b>CAPÍTULO IV - VALOR SEGURO E PRÉMIO.....</b>	<b>11</b>
ARTIGO 19.º - Valor Seguro .....	11
ARTIGO 20.º - Pagamento do Prémio .....	11
ARTIGO 21.º - Falta de Pagamento do Prémio.....	12
ARTIGO 22.º - Atualização do Prémio .....	12
<b>CAPÍTULO V - DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES .....</b>	<b>12</b>
ARTIGO 23.º - Obrigações do Tomador do Seguro e/ou das Pessoas Seguras em Caso de Sinistro.....	12
ARTIGO 24.º - Pagamento da Indemnização.....	13
<b>CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES FINAIS .....</b>	<b>14</b>
ARTIGO 25.º - Complementaridade.....	14
ARTIGO 26.º - Âmbito Territorial .....	14
ARTIGO 27.º - Comunicações e Notificações entre as Partes .....	14
ARTIGO 28.º - Prescrição .....	14
ARTIGO 29.º - Sub-rogação.....	14
ARTIGO 30.º - Proteção de Dados.....	14
ARTIGO 31.º - Gestão de Reclamações .....	15
ARTIGO 32.º - Legislação e Foro .....	15
<b>CONDIÇÕES ESPECIAIS .....</b>	<b>16</b>
ARTIGO 1.º - Cobertura de Hospitalização.....	16
ARTIGO 2.º - Cobertura de Assistência Ambulatória .....	16

ARTIGO 3.º - Cobertura de Estomatologia .....	17
ARTIGO 4.º - Cobertura de Próteses e Ortóteses.....	17
ARTIGO 5.º - Cobertura de Medicamentos .....	18
ARTIGO 6.º - Cobertura de Parto .....	18
ARTIGO 7.º - Cobertura de Acesso à Rede de Bem-Estar.....	18
ARTIGO 8.º - Cobertura de Acesso à Rede HNA Espanha.....	19
ARTIGO 9.º - Utilização de Consultas .....	19
ARTIGO 10.º - Utilização de Tratamentos .....	20
ARTIGO 11.º - Cobertura de Check-up Periódico .....	20
ARTIGO 12.º - Cobertura de Segunda Opinião Médica Internacional .....	20
ARTIGO 13.º - Cobertura de Acesso à Rede de Prevenção Dentária .....	21
ARTIGO 14.º - Cobertura de Assistência Médica Nacional .....	22
ARTIGO 15.º - Cobertura de Acesso à Rede Oftalmológica .....	22

## CONDIÇÕES GERAIS

## ARTIGO PRELIMINAR

Entre a MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, Mútua subordinada ao disposto no Livro II do Código da Mutualidade Francês, registada sob o n.º 775 685 399, com sede no n.º 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 ACPR - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, sediada no n.º 61 da Rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, em França, o controle da atividade da MGEN.

## CAPÍTULO I - DEFINIÇÕES, OBJETO, GARANTIAS E EXCLUSÕES

## ARTIGO 1.º - Definições

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

- a) **SEGURADOR:** Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale é uma Mútua de Seguros devidamente autorizada pela ASF – Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões a operar em Portugal no ramo Não Vida, ao abrigo do regime de Livre Prestação de Serviços, através da sua sede em França, sob o código de LPS n.º 4608, nos ramos de Doença e Acidente;
- 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 IBÉRICA:** 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 ou pessoa individual que subscreve o Contrato de Seguro, por conta das Pessoas Seguras e, responsável pelo pagamento do prémio;
- f) **GRUPO FECHADO:** Grupo de pessoas, previamente determinado, em que as mesmas se encontram devidamente vinculadas a uma entidade coletiva que é a tomadora do Contrato de Seguro, ao qual a adesão é obrigatória;
- g) **GRUPO ABERTO:** Grupo de pessoas, devidamente vinculadas a uma entidade coletiva que celebra um protocolo com a MGEN, cuja adesão é facultativa através da celebração de Contratos de Seguro individuais;
- h) **ADERENTE:** Pessoa singular identificada nas Condições Particulares, que adere ao Contrato de Seguro a título principal;
- i) **PESSOA SEGURA:** Pessoa singular identificada nas Condições Particulares, cuja saúde ou integridade física se segura através do presente Contrato;
- j) **BENEFICIÁRIO:** Pessoa singular, Aderente ou Membro do seu Agregado Familiar, identificada nas Condições Particulares com direito às prestações previstas no Contrato de Seguro;
- k) **AGREGADO FAMILIAR:** Conjunto de pessoas que, coabitando, vivem em economia comum com o Aderente. O agregado familiar pode ser constituído pelo Aderente, o seu cônjuge, ou pessoa que com ele viva em união de facto, os ascendentes, os descendentes, os parentes dependentes até ao 2.º grau, os adotados, os tutelados e os curatelados. Considera-se adicionalmente como membro do agregado familiar os menores estudantes que não coabitem com a Pessoa Segura, mas que dependem economicamente desta;
- l) **ACIDENTE:** Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais que possam ser clínica e objetivamente constatadas;
- m) **SINISTRO:** Evento ou série de eventos suscetível de acionar as garantias da apólice;
- n) **DOENÇA:** Toda e qualquer alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e suscetível de constatação médica objetiva;
- o) **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;
- p) **DOENÇA CONGÉNITA:** Doença presente à nascença, em resultado de fatores hereditários ou de condições verificadas durante a gestação até ao momento do nascimento;
- 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 a 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 diagnósticos 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, 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 toxicod dependência e alcoolismo, termas e outros estabelecimentos similares;
- ee) **INTERNAMENTO:** Estadia 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:** Contrato através do qual o Segurador assume a cobertura de determinados riscos, comprometendo-se a satisfazer as indemnizações ou a pagar o capital seguro em caso de ocorrência do sinistro, nos termos acordados. Em contrapartida, o Tomador do Seguro obriga-se a pagar o prémio correspondente.
- hh) **APÓLICE:** 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;
- ii) **CONDIÇÕES GERAIS:** Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes ao Contrato de Seguro;
- jj) **CONDIÇÕES ESPECIAIS:** Cláusulas que completam e especificam as Condições Gerais, de aplicação generalizada a determinadas coberturas quando contratadas;
- kk) **CONDIÇÕES PARTICULARES:** Documento onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada Contrato, que o distinguem de todos os outros;
- ll) **ATA ADICIONAL:** Documento que titula uma alteração da apólice;
- mm) **PERÍODO DE CARÊNCIA:** Período durante o qual as coberturas do Contrato de Seguro não se aplicam;
- nn) **COMPARTICIPAÇÃO:** Percentagem ou valor máximo de despesas médicas garantidas por este Contrato que fica a cargo da MGEN;
- oo) **CO-PAGAMENTO:** Valor que fica a cargo da Pessoa Segura por cada ato médico;
- pp) **FRANQUIA:** Importância que, em caso de sinistro, fica a cargo da Pessoa Segura, e cujo montante está estipulado nas Condições Particulares;
- qq) **PRÉMIO:** Valor pago pelo Tomador do Seguro à MGEN como contrapartida pelas coberturas contratadas no âmbito do Contrato de Seguro;
- rr) **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;

- ss) **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;
- tt) **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;
- uu) **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;
- vv) **CUIDADOS CONTINUADOS:** São tratamentos que, por meio da reabilitação, visam manter e melhorar a funcionalidade de doentes com doenças crónicas;
- ww) **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;
- xx) **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;
- yy) **SEGURO ANTERIOR:** Contrato de Seguro com a duração mínima de 1 (um) ano, celebrado pela Pessoa Segura ou pelo Tomador do Seguro com outro Segurador que não a MGEN. A adesão à MGEN deverá ocorrer nos 60 (sessenta) dias seguintes ao termo daquele Contrato e a Pessoa Segura não poderá ter sido excluída do mesmo por iniciativa do Segurador;
- zz) **MENOR:** É menor quem não tiver ainda completado 18 (dezoito) anos de idade.

### ARTIGO 2.º - Objeto do Contrato e Âmbito das Garantias

1. O presente Contrato garante o pagamento de prestações convencionadas ou indemnizatórias em consequência de **qualquer doença ou acidente**, conforme disposto nas presentes Condições Gerais, Condições Especiais contratadas e até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares, exceto nas situações previstas no artigo 5.º.
2. O âmbito das garantias do Contrato poderá garantir despesas em 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 garante 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 3.º - Condições de Adesão

1. Podem ser admitidas neste Contrato todas as pessoas que, depois de cumpridas as formalidades definidas pela MGEN, venham a ser aceites em conformidade com os critérios de adesão, a todo o momento em vigor. A formalização dessa aceitação será realizada através do envio do Cartão de Saúde.
2. Podem ser admitidas como Pessoas Seguras de um Contrato Coletivo, todas as pessoas devidamente vinculadas a um Grupo Fechado, bem como, os respetivos Agregados Familiares, desde que, expressamente indicado nas Condições Particulares.
3. Podem ser admitidas como Pessoas Seguras 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 Familiar 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 (sessenta) dias seguintes à adesão do Aderente ou, a qualquer momento nos casos de casamento, nascimento ou adoção.

**ARTIGO 4.º - 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 90 (noventa) dias, com exceção das situações previstas a seguir;
  - b) O período de carência é alargado para 360 (trezentos e sessenta) 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, tratamento cirúrgico de hérnias, tratamento vascular cirúrgico ou não cirúrgico, roncopia, apneia do sono, terapia do sono, tratamentos refrativos da visão, cirurgia de correção ocular e doenças graves.
  - c) O período de carência é obrigatório por 360 (trezentos e sessenta) dias relativamente às situações clínicas abaixo mencionadas, salvo derrogação expressa nas Condições Particulares:
    - i. Doença pré-existente;
    - ii. Doença crónica;
    - iii. Doença ou patologia provocada por malformação congénita;
    - iv. Tratamentos resultantes da infeção do vírus HIV/SIDA;
    - v. Patologias hepáticas;
    - vi. Tratamentos de hemodiálise;
    - vii. Cuidados continuados e cuidados paliativos;
    - viii. Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
    - ix. Cirurgia e atos médicos no tratamento da obesidade mórbida;
    - x. Lesões resultantes de calamidades naturais.
2. Não haverá lugar à aplicação de períodos de carência em relação à Pessoa Segura, com exceção das situações clínicas referidas na alínea c) do número anterior, em caso de:
  - a) Acidente que requeira tratamento de urgência em Hospital, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatorio;
  - b) Doença súbita que ocorra depois do início das garantias e implique tratamento hospitalar urgente;
  - c) Transferência de um seguro anterior. A MGEN solicitará uma cópia das Condições Particulares e o respetivo recibo anterior;
  - d) 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;
  - 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 (trinta) dias.
3. Não haverá lugar à aplicação de períodos de carência em relação à Pessoa Segura nas situações clínicas referidas na alínea c) do número 1, quando tenha estado protegida por um seguro anterior, que garanta as patologias indicadas no mesmo, e não tenha sido excluída desse Contrato por iniciativa do Segurador.
4. 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;
5. Toda e qualquer interrupção de pagamento pontual dos prémios obriga à interrupção do período de carência com a mesma duração;
6. Quando, a pedido do Tomador do Seguro, se verificar a ampliação de coberturas ou do capital seguro, respeitar-se-á o período de carência na quota-parte do capital e coberturas alteradas.

**ARTIGO 5.º - 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 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 receita médica;
3. Todos os atos médicos e medicamentos relacionados com o tabagismo.
4. 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.
5. Despesas efetuadas durante curas de repouso, casas de repouso, lares de terceira idade e outros estabelecimentos similares, assim como, os respetivos tratamentos. São também excluídas as despesas relativas a estados de dependência;
6. Tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos, exceto quando expressamente indicado nas Condições Particulares e no âmbito do estabelecido nas Condições Especiais;
7. A situação em que a Pessoa Segura solicita alta hospitalar contra parecer médico.
8. Atos médicos relacionados com tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial e testes de gravidez;
9. Check-ups e/ou rastreios gerais de saúde preventivos, exceto quando expressamente indicado nas Condições Particulares e no âmbito do estabelecido nas Condições Especiais;
10. 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;
11. Todos os atos médicos de natureza estética ou plástica exceto se, em consequência de doença maligna ou acidente ocorrido na vigência do presente Contrato, forem considerados clinicamente necessários pelo médico para a sobrevivência e a garantia da saúde da Pessoa Segura;
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-quedismo, tauromaquia, boxe 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 pessoal ou de terceiro;
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 ação social;
21. Todas as despesas em caso de falsas declarações ou omissões do Tomador do Seguro/Pessoa Segura, na declaração inicial do risco, conforme dispõem os artigos 9.º e 10.º das presentes Condições Gerais.

## CAPÍTULO II - FORMAÇÃO DO CONTRATO E SUAS ALTERAÇÕES

### ARTIGO 6.º - Formação do Contrato

1. O presente Contrato baseia-se na Declaração Inicial do Risco constante da Proposta de Seguro e do Boletim de Adesão, tal como, nas declarações que a Pessoa Segura e/ou o Tomador do Seguro está obrigado a prestar nos termos da lei, nomeadamente, todas as circunstâncias relevantes e significativas que determinam a exata apreciação do risco pela MGEN.
2. Essas declarações devem mencionar-se, com inteira exatidão, mesmo que não sejam expressamente solicitadas em questionários eventualmente fornecidos para o efeito pela MGEN, sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 9.º e 10.º.
3. 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 0 (zero) horas do dia 1 (um) do mês seguinte ao da aceitação da Proposta pela MGEN.



**ARTIGO 7.º - Efeitos do Contrato**

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

**ARTIGO 8.º - Consolidação do Contrato**

Passados 30 (trinta) 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 9.º - Omissões ou Inexatidões Dolosas do Tomador do Seguro / Pessoa Segura na Declaração Inicial do Risco**

1. Caso se verifiquem omissões ou inexatidões dolosas na Declaração Inicial do Risco nos termos previstos no artigo 6.º, o Contrato é considerado anulável.
2. Todas as despesas médicas suportadas até ao momento que a MGEN tome conhecimento das referidas omissões ou inexatidões, deverão ser-lhe ressarcidas por parte da Pessoa Segura.
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 10.º - Omissões ou Inexatidões Negligentes do Tomador do Seguro / Pessoa Segura na Declaração Inicial do Risco**

1. Caso se verifiquem omissões ou inexatidões negligentes na Declaração Inicial do Risco nos termos previstos no artigo 6.º, a MGEN pode propor uma alteração ao Contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 (catorze) dias para o Tomador do Seguro se pronunciar;
2. De acordo com o definido no número anterior, o Contrato cessa os seus efeitos, 20 (vinte) dias após o envio da proposta de alteração por parte da MGEN, se o Tomador do Seguro não responder ou 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 inexatidão negligente, a MGEN:
  - a) 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;
  - b) Não garante o sinistro, demonstrando que em caso algum teria celebrado o Contrato ou aceite a adesão se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente.

**ARTIGO 11.º - Inclusão/Exclusão ou Transferência de Pessoa Segura**

1. Salvo convenção em contrário, qualquer inclusão de Pessoa Segura verificar-se-á na data da celebração ou da renovação do Contrato. Exceto nos casos seguintes e quando estes ocorram há menos de 60 (sessenta) 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 mesmo fica sujeito aos períodos de carência previstos no artigo 4.º.
3. Qualquer alteração da composição do Agregado Familiar deve ser comunicada à MGEN dentro dos 60 (sessenta) 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.
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. No entanto, não pode pedir a exclusão de apenas alguns membros do Agregado Familiar.
6. Nas situações previstas nos números 4 e 5, a MGEN devolverá o prémio relativo ao período já pago e ainda não decorrido, salvo quando tenha havido pagamento de prestações decorrentes de sinistro.
7. 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 ocorrer nos 60 (sessenta) dias seguintes à saída do Grupo Seguro.

#### ARTIGO 12.º - Reentrada de Tomador do Seguro / Pessoa Segura

1. A reentrada do Tomador do Seguro 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 13.º - Início, Duração e Renovação do Contrato

1. O Contrato de Seguro é celebrado por 1 (um) ano e produzirá efeitos a partir da data prevista nas Condições Particulares.
2. O Contrato será anualmente renovado por igual período e nas condições contratadas, salvo comunicação prévia das partes, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível, e enviada pelo menos 30 (trinta) dias antes da data de renovação do Contrato.
3. Se as partes não chegarem a um acordo sobre as condições para a renovação, considerar-se-á que a comunicação referida no número anterior equivale a uma denúncia oportuna do Contrato de Seguro.
4. A MGEN não pode propor condições discriminatórias para a renovação dos Contratos de Seguro individuais celebrados no âmbito de um Grupo Aberto.
5. A MGEN e o Tomador do Seguro ficam obrigados ao cumprimento das condições para a renovação do Contrato de Seguro, estabelecidas com a entidade protocolada no âmbito de um Grupo Aberto.

#### ARTIGO 14.º - Denúncia do Contrato

1. O Tomador do Seguro pode, mediante comunicação escrita à MGEN e com 30 (trinta) dias de antecedência em relação à data de renovação, denunciar livremente o Contrato de Seguro.
2. A MGEN não pode denunciar o Contrato de Seguro, salvo na situação prevista no número 3 do artigo anterior.

#### ARTIGO 15.º - Livre Resolução

1. O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de 30 (trinta) 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 número 1 tem efeito retroativo, tendo, porém, a MGEN direito ao ressarcimento do montante das despesas que tenha suportado no âmbito deste Contrato.

**ARTIGO 16.º - 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.

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 este foi aceite;

Constitui justa causa em relação à MGEN, nomeadamente:

- b) A falta de pagamento do prémio, conforme previsto no artigo 19.º;
- c) A burla ou a tentativa de burla do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura;
- d) A omissão ou a inexistência dolosa ou negligente do Tomador do Seguro/Pessoa Segura na Declaração Inicial do Risco;
- e) 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 o mesmo foi aceite.

**ARTIGO 17.º - Cessação das Garantias em Relação às Pessoas Seguras**

1. O direito às garantias termina para cada Pessoa Segura nas datas abaixo indicadas:

- a) Data da cessação do Contrato de Seguro;
- b) Data da cessação do vínculo, ou interesse comum que une a Pessoa Segura ao tomador ou à entidade protocolada no âmbito de um Grupo Aberto;
- c) Data da falta do pagamento do prémio.

**ARTIGO 18.º - Efeitos da Cessação do Contrato de Seguro**

1. A cessação do Contrato de Seguro determina a extinção das obrigações do Segurador e do Tomador de Seguro. No entanto, não prejudica a obrigação do Segurador de efetuar a prestação decorrente da cobertura do risco, desde que, o Sinistro seja anterior ou concomitante com a cessação e ainda que este tenha sido a causa da cessação do Contrato, sem prejuízo das obrigações do Tomador do Seguro e das Pessoas Seguras em caso, reguladas no artigo 23.º.
2. Verificando-se a cessação do Contrato, este não pode ser restabelecido.

**CAPÍTULO IV - VALOR SEGURO E PRÉMIO****ARTIGO 19.º - Valor Seguro**

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

**ARTIGO 20.º - Pagamento do Prémio**

1. A cobertura dos riscos garantidos através do Contrato de Seguro fica, nos termos definidos na legislação em vigor, dependente do pagamento do prémio ou da 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 o Tomador do Seguro por escrito e com uma antecedência mínima de trinta (30) dias, em relação à data em que o prémio ou as frações deste se vencem. O aviso indica o montante a pagar, a forma e o lugar de pagamento.
5. Quando por acordo, o pagamento do prémio for objeto de fracionamento por prazo igual ou inferior ao trimestre, poderá não haver lugar ao

envio de qualquer aviso de cobrança.

#### ARTIGO 21.º - Falta de Pagamento do Prémio

1. A falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, determina a resolução automática do Contrato a partir da data da sua celebração.
2. A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, impede a prorrogação do Contrato.
3. A falta de pagamento do prémio determina a resolução automática do Contrato na data de vencimento de:
  - a) Uma fração do prémio no decurso de uma anuidade;
  - b) Um prémio de acerto nas circunstâncias definidas nas Condições Particulares;
  - c) Um prémio adicional resultante de uma modificação do Contrato fundado num agravamento superveniente do risco.

#### ARTIGO 22.º - 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 30 (trinta) dias.

### CAPÍTULO V - DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES

#### ARTIGO 23.º - 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:

Nas prestações convencionadas:

- a) Selecionar um prestador da Rede de Prestadores indicada pela MGEN;
- b) Apresentar o seu cartão de saúde nos serviços clínicos no prestador;
- c) Pagar ao prestador a parte da despesa que fica a seu cargo, conforme definido nas Condições Particulares.

Nas prestações indemnizatórias:

- d) Enviar à MGEN o formulário de pedido de reembolso, disponibilizado no seu site, devidamente preenchido;
- e) Solicitar autorização prévia à MGEN para a realização dos atos médicos descritos no número 3 do presente artigo. Sendo que, de outro modo, não serão efetuadas quaisquer prestações indemnizatórias decorrentes desses atos;
- f) Apresentar a prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados, bem como para os medicamentos e óculos adquiridos;
- g) 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;
- h) Apresentar, no prazo máximo de 90 (noventa) 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;
- i) O prazo estipulado no número anterior é alargado para 180 (cento e oitenta) dias quando a despesa tenha sido anterior ou parcialmente suportada por outro segurador, no âmbito do regime complementar;
- j) Em relação às despesas acima mencionadas, a Pessoa Segura deve efetuar, primeiramente, o pedido de reembolso de despesas ao anterior subsistema ou segurador. A prestação indemnizatória da MGEN à Pessoa Segura será realizada após prévia comparticipação daquele ou através de cópia autenticada;
- k) Ainda no que diz respeito às despesas que tenham sido anterior ou parcialmente suportadas por outro segurador, no

âmbito do regime complementar, deverá a Pessoa Segura apresentar uma fotocópia da prescrição médica e do recibo das despesas efetuadas, assim como, um documento original comprovativo da parte da despesa não reembolsada ao abrigo do subsistema ou Contrato de Seguro anteriormente acionado.

2. Para além das obrigações acima referidas, o Tomador do Seguro 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 pela MGEN, caso estes o considerem necessário;
3. As Pessoas Seguras deverão igualmente solicitar uma 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";
  - b) 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 decorrente da Condição Especial de "Extensão Territorial".
4. Se por uma situação de urgência não for possível solicitar a pré-autorização, devem ser contactados os serviços clínicos da MGEN, não excedendo as 96 horas seguintes.
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 a Pessoa Segura autorizam a MGEN a ceder à AdvanceCare a informação confidencial sobre este Contrato de Seguro.
7. O Tomador do Seguro e/ou a Pessoas Seguras autorizam os médicos e hospitais a que tenham recorrido a facultar ao médico responsável pelos serviços clínicos da MGEN, os relatórios clínicos e quaisquer outros documentos que este solicite durante o processo de assistência à Pessoa Segura.

#### ARTIGO 24.º - 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 15 (quinze) 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 25.º - Complementaridade

No caso de haver complementaridade entre este Contrato de Seguro e outros sistemas de proteção, o total das comparticipações 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 26.º - Âmbito Territorial

1. O Contrato é válido em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas dos Açores e da 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 90 (noventa) 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 número 2 deste artigo, o Contrato poderá igualmente produzir efeitos no estrangeiro, nas condições e termos previstos nas Condições Especiais.

### ARTIGO 27.º - 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 e da MGEN constantes no Contrato.
2. Qualquer alteração de morada do Tomador do Seguro deve ser comunicada à MGEN nos 30 (trinta) dias seguintes à data em que essa alteração se verifique. Caso contrário, tornar-se-ão válidas todas as comunicações e notificações enviadas para a anterior morada.

### ARTIGO 28.º - Prescrição

1. O direito da MGEN ao prémio prescreve no prazo máximo de 2 (dois) anos a contar da data do seu vencimento.
2. Os direitos emergentes do presente Contrato prescrevem no prazo de 5 (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 29.º - 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 30.º - Proteção de Dados

De acordo com a Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, que regula a Proteção de Dados Pessoais, 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 31.º - Gestão de Reclamações**

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

**reclamacoes@mgen.pt**

Gestão de Reclamações

Rua Castilho, n.º 39, 12-D

1250-068 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 32.º - Legislação e Foro**

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 1.º - Cobertura 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 independentemente da existência de internamento;
  - d) Cirurgia do foro estomatológico, ou maxilofacial, quando seja em consequência de tumor, doença grave ou acidente que requeira tratamento de urgência em regime de internamento hospitalar;
  - 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 intracirúrgicas;
  - j) Cirurgia ou tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia nas situações em que as dioptrias para cada olho, são superiores a 4 dioptrias e independentemente da existência de internamento hospitalar.
  - k) 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.
  - l) Piso de sala de operação e instalações necessárias à realização dos atos médicos cirúrgicos (bloco operatório, sala de recobro, etc.) e respetivo material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc.);
  - m) Transporte terrestre de ambulância de e para uma Unidade Hospitalar, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique;
2. Ainda que o internamento tenha duração inferior a 24 horas, fica garantido o pagamento das despesas decorrentes de pequena cirurgia ambulatória.
3. Os honorários médicos cirúrgicos no âmbito desta cobertura estão 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 dependentes menores.
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 número 1 do presente artigo.

## ARTIGO 2.º - Cobertura 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 relativos a consultas de clínica geral, bem como as restantes especialidades médicas, desde que reconhecidas pela Ordem dos Médicos;
  - b) Tratamentos realizados quando prescritos pelo médico;
  - c) Exames auxiliares de diagnóstico quando prescritos pelo médico;
  - d) Fisioterapia;
  - e) Cinesioterapia;
  - f) Terapia da fala;
  - g) Enfermagem não privativa;
  - h) Transporte terrestre de ambulância de e para uma unidade hospitalar em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique;
  - i) Transporte para uma unidade hospitalar no estrangeiro;



- j) Medicinas alternativas, especificamente: a acupuntura, a homeopatia, a osteopatia, a naturopatia e a quiropraxia quando praticadas por médicos ou técnicos de reconhecida autonomia deontológica;
  - k) Despesas relacionadas com métodos contraceptivos prescritos, estando a participação limitada a € 40,00 (quarenta euros) por anuidade.
2. As despesas com medicinas alternativas estão garantidas quando realizadas, exclusivamente, no âmbito da Rede de Prestadores Bem-Estar. A Pessoa Segura suporta o valor total dos honorários convencionados naquela Rede, solicitando posteriormente à MGEN o seu reembolso, dentro dos limites fixados nas Condições Particulares.
  3. Os honorários médicos cirúrgicos no âmbito desta cobertura estão 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 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 3.º - 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 maxilofacial, nomeadamente:
  - 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 pelo médico estomatologista, de medicina dentária ou maxilofacial;
  - e) Limpezas dentárias;
  - f) Ortodontia;
  - g) Aquisição de próteses dentárias;
  - h) Cirurgia do foro estomatológico ou maxilofacial quando seja consequência de doença.
2. No âmbito desta Condição Especial não são garantidos os custos decorrentes da utilização de materiais preciosos.

### ARTIGO 4.º - 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 da especialidade, optometrista ou técnico de ortóptica, nomeadamente:
  - a) Armações quando adquiridas com as respetivas lentes graduadas;
  - b) Lentes graduadas;
  - c) Lentes de contacto graduadas, exceto líquidos de manutenção;
  - d) Outras próteses ou ortóteses auditivas, oculares e ortopédicas;
  - e) Aquisição ou aluguer de cadeiras de rodas e camas articuladas.
3. 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.
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 à Pessoa Segura, elaborado pelo médico, ou unidade hospitalar que prestou assistência.
5. Não são consideradas no âmbito desta cobertura as despesas com meias elásticas, pés elásticos, cintas de contenção, cintas de gravidez, lombostatos, punhos elásticos, joelheiras, cotoveleiras, suportes de braço, aparelho de aerossol, tampões auditivos, palmilhas e calçado.
6. Não serão consideradas nesta cobertura despesas do foro estomatológico.

## ARTIGO 5.º - Cobertura de Medicamentos

1. A presente Condição Especial garante o reembolso, até aos limites fixados nas Condições Particulares, das despesas efetuadas com medicamentos e vacinas registados no Infarmed, prescritos por médico e no exclusivo tratamento da Pessoa Segura relativamente a doenças manifestadas.
2. São apenas reembolsadas as despesas de medicamentos mediante o envio simultâneo do recibo e da respetiva prescrição médica. No entanto, não é necessário o envio da referida prescrição quando a despesa tenha sido previamente comparticipada pelo Serviço Nacional de Saúde ou outro subsistema equiparado.
3. As vitaminas estão igualmente garantidas nesta cobertura, sendo necessário o envio da prescrição médica, bem como do relatório médico que, por patologia comprovada, justifique a sua utilização.
4. Não são considerados nesta cobertura produtos fármacos manipulados e produtos dermocosméticos.

## ARTIGO 6.º - 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 e de enfermagem relacionados com a assistência prestada;
  - b) Sala de operações, instrumentos e material utilizado;
  - c) Elementos auxiliares de diagnóstico;
  - d) Medicamentos administrados à Pessoa Segura durante o internamento hospitalar;
  - e) Diária hospitalar da parturiente e do recém-nascido;
  - f) Despesas relativas a cuidados intensivos neonatais;
  - g) Transporte terrestre de ambulância para uma Unidade Hospitalar em Portugal.
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 7.º - 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 8.º - 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;
2. 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.

**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 número 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.

**Pré-Autorização:**

3. Para efeitos do disposto no número 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 ambulatorio;
  - c) Tratamentos em hospital em regime ambulatorio;
  - d) Angioscopia fluorescência e retinografia;
  - e) RMN / TAC / TEP;
  - f) Diagnóstico cardiológico;
  - g) Ecocardiograma, holter, ergometria, doppler;
  - h) Análises clínicas (especificamente cariótipos);
  - i) Estudos anatomopatológicos 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 radioativos.

**ARTIGO 9.º - Utilização de Consultas**

1. A utilização das consultas médicas não está limitada. No entanto, é necessário um relatório médico que justifique, por motivo de patologia comprovada, a sua utilização conforme abaixo mencionado:
  - a) Dermatologia ou Cirurgia vascular, a partir da 3.ª consulta.
  - b) Psiquiatria, a partir da 6.ª consulta individual ou da 12.ª em grupo.
2. Está também garantida como especialidade médica não reconhecida pela Ordem dos Médicos, a Psicologia, até ao limite de 4 consultas por anuidade.

**ARTIGO 10.º - Utilização de Tratamentos**

A administração de tratamentos médicos não está limitada. No entanto, é necessário um relatório médico que justifique, por motivo de patologia comprovada, a sua administração, em caso de Psicoterapia e Terapia da Fala, a partir de 12 sessões 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:
  - a) Consulta médica com relatório;
  - b) Hemograma (Eritrograma+leucócitos+fórmula leucocitária);
  - c) Velocidade de sedimentação eritrocitária = VS;
  - d) Urina II (análise sumária da urina);
  - e) Glicose;
  - f) Creatinina urina;
  - g) Creatinina sérica;
  - h) Ácido úrico;
  - i) Colesterol total;
  - j) Colesterol HDL;
  - k) Colesterol LDL (calculado);
  - l) Triglicéridos;
  - m) TGO;
  - n) TGP;
  - o) Albumina (Pesquisa de...);
  - p) Sangue Oculto (Pesquisa de...);
  - q) Eletrocardiograma simples de 12 derivações c/ interpretação e relatório;
  - r) Raio X Tórax, pulmões e coração (1 incidência);
  - s) Mamografia – 4 incidências, 2 de cada lado (Para Pessoas Seguras com idade superior a 35 anos);
  - t) 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. Curriculum 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 1.º 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 excluídos 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) Primeira consulta de medicina dentária;
  - b) Consulta de medicina dentária;
  - c) Consulta para apresentação e discussão de plano de tratamento;
  - d) Consulta de reavaliação;
  - e) Consulta de urgência;
  - f) Selamento de fissuras;
  - g) Aplicação tópica de fluoretos;
  - h) Profilaxia em adulto;
  - i) Profilaxia em criança;
  - j) Instrução e motivação de higiene oral para adulto;
  - k) Instrução e motivação de higiene oral para criança;
  - l) Aconselhamento nutricional para controlo de doenças da cavidade oral;
  - m) Aconselhamento antitabágico para controlo e prevenção em saúde oral;
  - n) Remoção de sutura;
  - o) Destartarização bimaxilar (inclui polimento dentário);
  - p) Destartarização maxilar (inclui polimento dentário);
  - q) Destartarização mandibular (inclui polimento dentário);
  - r) Realização e interpretação de radiografia periapical;
  - s) Realização de radiografia periapical;
  - t) Realização e interpretação de radiografia panorâmica;
  - u) Realização de radiografia panorâmica;
  - v) Atestado médico.
7. Os serviços de cuidados de saúde abrangidos por esta cobertura são garantidos exclusivamente no regime de prestações convencionadas da Rede.
8. Exclusões: salvo disposição em contrário e sem prejuízo das exclusões constantes nas Condições Gerais, ficam ainda excluídas desta garantia as despesas com:
  - i. Todos os custos com utilização de materiais preciosos;
  - ii. Atos médicos não incluídos na cobertura da Rede de Prevenção Dentária.
9. 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 encontre 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 possuidora 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 fica 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 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](http://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 (trinta e cinco euros), composto por:

- a) **Consulta;**

- b) Tonometria de sopro e de aplanção;
  - c) Auto refratómetro;
  - d) Oftalmoscopia indireta 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.