

Cartões de Saúde ou Planos de Saúde**Seguros de Saúde****Como aderir e quem são as partes intervenientes?**

A adesão a um *cartão de saúde* exige a subscrição de um formulário e/ou contrato pelo *aderente* no qual são estabelecidas as condições de acesso a alguns cuidados de saúde pré determinados.

O *cartão de saúde* é sempre de adesão voluntária, sendo o seu aderente quem decide se pretende ou não subscrevê-lo.

O *aderente* é o titular do *cartão de saúde* e pode ser uma pessoa singular ou coletiva.

A entidade que emite, explora e/ou comercializa o cartão de saúde é, em regra, um prestador de cuidados de saúde, outra entidade com fins sociais, uma entidade bancária ou uma entidade seguradora.

A subscrição de um *seguro de saúde* exige a prévia celebração de um contrato mediante o qual é transferido pelo *tomador* para a *entidade seguradora*, o risco da eventual verificação de um sinistro mediante o pagamento da correspondente *remuneração/prémio*.

O *seguro de saúde* é também de adesão voluntária distinguindo-se assim dos seguros designados por obrigatórios (como sejam, os seguros de acidentes de trabalho e de responsabilidade civil).

O *tomador do seguro* transfere o risco da ocorrência, na esfera própria ou de um terceiro *beneficiário*, de um sinistro, e pode ser uma pessoa singular ou coletiva.

A *entidade seguradora* deve estar autorizada pelo ISP para o exercício da atividade seguradora e apresenta-se sempre como um terceiro responsável pela assunção das despesas relacionadas com a prestação de cuidados de saúde.

Quem é beneficiário?

Além da pessoa que subscreve o *cartão de saúde*, os benefícios assim adquiridos podem abranger, todos ou alguns dos elementos do agregado familiar.

Todas as pessoas, incluindo os elementos do seu agregado familiar, que forem identificadas como *beneficiárias* na apólice do seguro de saúde contratado.

Quais os cuidados de saúde envolvidos?

O *proprietário* contrata com um ou vários prestadores de cuidados de saúde que aceitam integrar uma *rede de prestadores* ou *Directório Clínico* (que pode ter abrangência nacional ou regional).

Os serviços e cuidados de saúde contratados podem ser de natureza específica ou não específica e abrangem, em regra, a assistência médica e/ou de enfermagem ao domicílio, o transporte gratuito em ambulância, aconselhamento por telefone, acesso preferencial a consultas médicas de especialidade junto de entidades que integram a *rede de prestadores*, e ainda descontos no preço final das consultas.

A *entidade seguradora* assume a cobertura de despesas relacionadas com a prestação de cuidados de saúde (riscos cobertos) aos *beneficiários*.

A cobertura contratada abrange, em regra e além dos serviços assumidos pelos “*cartões de saúde*”, cuidados adicionais, como a assistência em regime de internamento hospitalar, a assistência ambulatória, as próteses ou os partos.

Quais as modalidades de acesso?

Aos *beneficiários* dos *cartões de saúde* são garantidas as condições de acesso a uma *rede de prestadores* ou *Diretório Clínico* aos quais podem recorrer.

Os *beneficiários* acedem às condições acordadas e associadas ao seu *cartão de saúde*, como, por exemplo, consultas de especialidade, transporte e assistência médica e/ou de enfermagem ao domicílio, suportando apenas uma parte do respetivo preço.

Aos *beneficiários* dos *seguros de saúde* é assegurado o acesso aos cuidados de saúde que pode ser contratado de acordo com um dos seguintes regimes: de *prestações convencionadas*, de *reembolso* e em *sistema misto* - n.º 2 do artigo 123.º do Decreto-Lei n.º 94-B/98, de 17 de abril, republicado pelo Decreto-Lei n.º 2/2009, de 5 de janeiro e alterado pelo Decreto-Lei n.º 52/2010, de 26 de maio e pela Lei 46/2011, de 24 de janeiro.

No regime de *prestações convencionadas*, e à semelhança do que acontece com os *cartões de saúde*, o *beneficiário* recorre a uma rede de prestadores de cuidados de saúde – *rede convencionada* –, suportando apenas uma parte do preço do cuidado de saúde recebido. O remanescente fica a cargo da *entidade seguradora* que o pagará diretamente ao prestador.

No sistema de reembolso, o *beneficiário* escolhe livremente o prestador ao qual pretende recorrer e paga a totalidade das despesas com os cuidados de saúde recebidos, sendo

	<p>posteriormente reembolsado de uma parte delas <i>pela entidade seguradora</i>, mediante apresentação dos comprovativos de pagamento.</p> <p>No sistema misto, o <i>beneficiário</i> pode optar pela modalidade que melhor se adequa às suas necessidades médicas. Nessa medida, ou recorre a um prestador integrante da <i>rede convencionada</i> e suporta apenas parte do preço ou, em alternativa, escolhe um qualquer prestador a quem paga o preço por si praticado e, posteriormente, solicita à <i>entidade seguradora</i> o reembolso de uma parcela do valor pago.</p>
--	--

Assim, no caso dos cartões de saúde ou planos de saúde, devem os seus *beneficiários* notar que:

- ✓ podem ser emitidos, explorados e/ou comercializados por uma entidade seguradora, mas *não são seguros de saúde*;
- ✓ não se exige como parte contratante uma *entidade seguradora*;
- ✓ não há transferência para terceiro da responsabilidade pelo pagamento das despesas mas antes a contratação de benefícios no preço e/ou cuidados de saúde. Nos seguros de saúde, a *entidade seguradora* assume em regra despesas em montante superior ao *prémio/remuneração* pagos pelo *tomador*;
- ✓ não funciona mediante o reembolso de despesas de saúde mas apenas em regime de prestações garantidas por uma *rede de prestadores* ou *Diretório Clínico*.