

Cartões de Saúde ou Planos de Saúde	Seguros de Saúde
<b>Como aderir e quem são as partes intervenientes?</b>	
<p>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.</p> <p>O <i>cartão de saúde</i> é sempre de adesão voluntária, sendo o seu aderente quem decide se pretende ou não subscrevê-lo.</p> <p>O <i>aderente</i> é o titular do cartão de saúde e pode ser uma pessoa singular ou coletiva.</p> <p>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.</p>	<p>A subscrição de um <i>seguro de saúde</i> exige a prévia celebração de um contrato mediante o qual é transferido pelo <i>tomador</i> para a <i>entidade seguradora</i>, o risco da eventual verificação de um sinistro mediante o pagamento da correspondente <i>remuneração/prémio</i>.</p> <p>O <i>seguro de saúde</i> 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).</p> <p>O <i>tomador do seguro</i> transfere o risco da ocorrência, na esfera própria ou de um terceiro <i>beneficiário</i>, de um sinistro, e pode ser uma pessoa singular ou coletiva.</p> <p>A <i>entidade seguradora</i> deve estar autorizada pela ASF (Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões) 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.</p>
<b>Quem é o beneficiário?</b>	
<p>Além da pessoa que subscreve o <i>cartão de saúde</i>, os benefícios assim adquiridos podem abranger, todos ou alguns dos elementos do agregado familiar.</p>	<p>Todas as pessoas, incluindo os elementos do seu agregado familiar, que forem identificadas como beneficiárias na apólice do seguro de saúde contratado.</p>

### 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 *Diretório 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 ambulatoria, 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* (Cf.al) b do art. 8º da [Lei n.º 147/2015, de 09 de setembro](#), na sua atual versão).

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 posteriormente reembolsado de uma parte delas pela

*entidade seguradora*, mediante apresentação dos comprovativos de pagamento.

No *sistema misto*, o *beneficiário* pode optar pela modalidade que melhor se adequa às suas necessidades médicas. Nessa medida, ou recorre a um prestador integrante da *rede convencionada* 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 *entidade seguradora* o reembolso de uma parcela do valor pago.

**Para mais informação, consulte:**

**Perguntas frequentes: Cartões de Saúde**

<https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/>

**Área de informação aos utentes**

<https://www.ers.pt/pt/utentes>

**Pedidos de informação *ONLINE***

<https://www.ers.pt/pt/utentes/formularios/pedido-de-informacao/>

**Livro de reclamações *ONLINE***

<https://www.ers.pt/pt/reclamar-diretamente-a-ers/>

**Legislação**

<https://www.ers.pt/pt/legislacao/selecionar/utentes/>