

Manual do Beneficiário

Plano de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão

PLANO DE SAÚDE
**COLETIVO
POR
ADESÃO**

Regulamentado pela
Agência Nacional de Saúde
Suplementar – ANS

Entenda como foi viabilizado o seu plano de saúde

COLETIVO POR ADEÇÃO

BENEFICIÁRIO

O Beneficiário de plano privado de assistência à saúde **COLETIVO POR ADEÇÃO** é a pessoa natural, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação, normativos regulatórios e em contrato de adesão assinado com a Administradora de Benefícios e a Operadora, para garantia da assistência médico-hospitalar ou odontológica. O Beneficiário titular é quem possui o vínculo com uma das pessoas jurídicas definidas no art. 9º da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

OPERADORA

A Operadora é a pessoa jurídica que presta serviços ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência médico-hospitalar ou odontológica por meio do acesso a profissionais ou serviços de saúde, na forma estabelecida no contrato de adesão. A Operadora deste plano de saúde é a Amil, considerada uma das operadoras pioneiras do setor de saúde suplementar no Brasil. Ampla rede médica própria e credenciada, atendimento de qualidade e serviços especiais prestados aos beneficiários fazem da Amil uma das referências em assistência médica no país.

ENTIDADE

A Entidade é a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial que representa a população a ela vinculada e que contratou a Qualicorp como sua Administradora de Benefícios para defender os interesses dos Beneficiários perante a Operadora. A Entidade a que o Beneficiário está vinculado é aquela indicada no contrato de adesão e, portanto, quem legitima seu ingresso e permanência no plano.

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

A Administradora de Benefícios é a pessoa jurídica contratada pela Entidade para atuar junto à Operadora na viabilização deste plano, prestando serviços de oferta, administração e relacionamento com o Beneficiário. A Qualicorp é a Administradora de Benefícios que contratou este plano de saúde **COLETIVO POR ADEÇÃO** com a Amil, em convênio com a sua Entidade. A Qualicorp foi pioneira nesse mercado e hoje é a maior Administradora de Benefícios do Brasil, proporcionando acesso à saúde de qualidade e bem-estar a milhões de brasileiros.

Entenda o seu plano de saúde COLETIVO POR ADESÃO

Você adquiriu um plano de saúde coletivo por adesão, que possui uma forma de contratação própria e obedece a regras específicas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Essa modalidade de plano destina-se a atender a um grupo de pessoas que, assim como você, faz parte de uma categoria profissional, classista ou setorial e é vinculado a uma Entidade de Classe.

A Qualicorp é a Administradora de Benefícios responsável por viabilizar esse benefício. Foi ela quem contratou o plano junto à Operadora e o disponibilizou a você, por meio de um convênio com a sua Entidade.

Ao reunir os beneficiários em grupos, em parceria com a sua Entidade de Classe, a Qualicorp consegue negociar melhores condições para todos. É a força da coletividade, beneficiando você e sua família.

NO PLANO COLETIVO POR ADESÃO,

o plano é contratado pela Administradora, em convênio com a Entidade.



NO PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR,

o plano é contratado isoladamente pelo beneficiário.



PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE O PLANO COLETIVO POR ADESÃO E O PLANO INDIVIDUAL

COLETIVO POR ADESÃO

O QUE É

- É contratado por uma Administradora de Benefícios junto a uma Operadora de Saúde e disponibilizado ao Beneficiário por meio de convênio com uma Entidade de Classe profissional, classista ou setorial que representa esse beneficiário.
- Também pode ser contratado diretamente por uma Entidade de Classe junto à Operadora, sem a participação da Administradora de Benefícios.
- Em ambos os casos, os beneficiários dos planos coletivos por adesão são as pessoas que mantêm vínculo com a Entidade.
- No caso do plano coletivo por adesão que você adquiriu, o benefício foi contratado por uma Administradora: a Qualicorp.

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

- Possuir CPF válido (beneficiário titular) e estar vinculado a alguma Entidade de Classe de caráter profissional, classista ou setorial que ofereça esse tipo de benefício.

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

Trata-se da data de início da vigência do plano, ou seja, do momento em que a cobertura assistencial do plano de saúde começa.

- Pode ser acordada entre o beneficiário e a Administradora de Benefícios.
- A partir da vigência, será encaminhada a cobrança do valor mensal do benefício contratado, na forma autorizada pelo beneficiário no Contrato de Adesão.

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

Só pode ser realizada unilateralmente, conforme as regras e prazos previstos em contrato, nas seguintes situações:

- Por uma das pessoas jurídicas contratantes (Operadora, Administradora ou Entidade).
- Em caso de inadimplência do beneficiário, perda da elegibilidade ou se constatada fraude no uso do plano ou nas informações prestadas na contratação.

REAJUSTE ANUAL

Poderá ser aplicado somente 1 (uma) vez ao ano.

- A Operadora de Saúde estabelece o reajuste anual com base na variação dos custos médicos e o comunica à Administradora de Benefícios. A Qualicorp Administradora, na condição de representante dos interesses dos beneficiários e das Entidades, negocia com a Operadora o melhor índice possível, visando preservar o equilíbrio econômico do benefício e garantir a qualidade do atendimento. Após isso, a Operadora deve informar o percentual aplicado à ANS.

INDIVIDUAL OU FAMILIAR

O QUE É

- É contratado diretamente por pessoas físicas junto a uma Operadora de Saúde.
- Quando incluir dependentes, é denominado plano familiar.
- Nesse tipo de contratação, o beneficiário não conta com uma Entidade de Classe de caráter profissional, classista ou setorial na representação e na defesa dos seus direitos.
- Não há o apoio de uma Administradora de Benefícios, como a Qualicorp.

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

- Possuir CPF válido (beneficiário titular) e contratar o plano diretamente com a Operadora de Saúde.

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

Trata-se da data de início da vigência do plano, ou seja, do momento em que a cobertura assistencial do plano de saúde começa.

- Dá-se a partir da assinatura da proposta de adesão.
- Ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

Só pode ser realizada unilateralmente, conforme as regras e prazos previstos em contrato, nas seguintes situações:

- Nos casos de inadimplência do beneficiário por mais de 60 dias, desde que notificado até o quinquagésimo dia da inadimplência.
- Se constatada fraude no uso do plano ou nas informações prestadas na contratação.

REAJUSTE ANUAL

Poderá ser aplicado somente 1 (uma) vez ao ano.

- O reajuste anual é definido pela ANS, que autoriza a aplicação do mesmo diretamente pela Operadora de Saúde.

Prezado(a) Beneficiário(a)

Você contratou um plano de assistência à saúde COLETIVO POR ADESÃO, cuja forma de contratação e características obedecem às resoluções e instruções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Este Manual foi elaborado com o objetivo de reforçar as regras e condições estabelecidas no seu Contrato de Adesão e esclarecer todos os aspectos relativos à utilização, manutenção e eventual cancelamento do seu plano. Aqui você encontra todos os seus direitos e obrigações.

Para sua comodidade, verifique no sumário da próxima página as divisões deste Manual por assunto e identifique no(s) anexo(s) qual o plano que você contratou e as suas características específicas.

Seja bem-vindo(a).

Qualicorp Administradora de Benefícios



3.11.73.43.00001

Sumário

CAPÍTULOS

01.	A Qualicorp Administradora de Benefícios _____	pág. 07
02.	A contratação coletiva do plano de saúde _____	pág. 10
03.	Formas de utilização do plano de saúde _____	pág. 13
04.	Coberturas e procedimentos garantidos _____	pág. 15
05.	Exclusões de cobertura _____	pág. 30
06.	Validação prévia de procedimentos _____	pág. 33
07.	Carências _____	pág. 35
08.	Cobertura parcial temporária _____	pág. 40
09.	Alterações cadastrais _____	pág. 43
10.	Pagamento _____	pág. 50
11.	Reajustes _____	pág. 53
12.	Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde _____	pág. 55

Anexos

Anexo I: Plano Next Plus (Amil Fácil 50) RM RJ QC PJCA _____ pág. 59

Anexo II: Plano Referência PJCA _____ pág. 63

Anotações _____ pág. 68

Use bem, use sempre _____ contracapa

As informações constantes deste Manual estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Qualicorp e a Amil Fácil.

ALÉM DO PADRÃO DE QUALIDADE DA AMIL FÁCIL, AGORA VOCÊ CONTA COM O APOIO DA QUALICORP, ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS A PESSOAS JURÍDICAS PARA A VIABILIZAÇÃO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, COLETIVOS POR ADEÇÃO, À POPULAÇÃO A ELAS VINCULADA.

A Qualicorp idealizou, criou e implantou o projeto de plano de assistência à saúde coletivo por adesão, projeto que tem como principal objetivo oferecer a Entidades (Pessoas Jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial), e à população elegível por essas mesmas Entidades, o benefício de assistência à saúde suplementar, por meio de apólices e contratos com Operadoras de planos de saúde renomadas e pelo menor preço possível.

Neste caso, a Amil Fácil analisou, aceitou e concordou com a implantação do contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, mantido com a Qualicorp e sua Entidade de classe, cujas condições contratuais principais ora estão reproduzidas neste Manual. A Entidade a que está vinculado o beneficiário estudou o projeto, considerou-o plenamente conforme aos interesses da população que representa e autorizou a sua implantação.

Este projeto compreende, ainda, dentro de sua ampla concretização, propiciar e conferir aos beneficiários um resultado final, consistente numa assistência eficaz à saúde, com pronto e eficiente atendimento. Para tanto, inserem-se aqui diversos serviços que são inerentes à atividade exercida pela Qualicorp como administradora de benefícios e na qualidade de contratante, conforme normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entre esses serviços, estão:

- a. apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como negociação de reajuste, aplicação de mecanismos de regulação pela Operadora de planos de saúde e alteração de rede assistencial;
- b. realização de serviços administrativos, de forma terceirizada, para a Operadora ou para a Entidade contratante do plano de saúde;
- c. movimentação cadastral;
- d. conferência de faturas;

- e. cobrança aos beneficiários;
- f. atendimento aos beneficiários para questões administrativas;
- g. distribuição do material da Operadora para os beneficiários.

Para conhecer os canais de atendimento da Qualicorp que estão à sua disposição, confira os dados a seguir.

CANAIS DE CONTATO COM A QUALICORP:

Centrais de Atendimento por telefone

Use a Central de Serviços para fazer alterações cadastrais e tratar de outras questões específicas do seu plano: cobranças, solicitações, dúvidas etc.

Capitais e regiões metropolitanas: **4004-4400**

Demais regiões: **0800-16-2000**

Expediente: de segunda a sexta-feira, das 7 às 22h, e aos sábados, das 8 às 16h.

Central de Atendimento para Deficientes Auditivos

0800-014-4800 (Deficientes auditivos)

Expediente: 24 horas, todos os dias.

SAC

Use o SAC para obter informações institucionais sobre a Qualicorp, fazer sugestões, elogios, reclamações ou cancelamentos.

Todo o Brasil: **0800-779-9002**

Expediente: 24 horas por dia, todos os dias.

Central de Atendimento Pessoal*

São Paulo

Rua Dr. Plínio Barreto, 365 – 1.º andar

Bela Vista – São Paulo – SP – CEP 01313-020

Expediente: de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 17h30 (exceto feriados).

**Informe-se também sobre a existência em sua Entidade de Postos de Atendimento da Qualicorp.*

Ouvidoria

www.qualicorp.com.br/ouvidoria

Redes Sociais

www.facebook.com/Qualicorp

Segunda a sexta: 8h às 17h

WhatsApp

(11) 4004-4400

Canal do cliente

www.qualicorp.com.br/canalcliente

24h por dia, 7 dias por semana.

APP

Baixe nosso aplicativo e tenha acesso a Boletos, Demonstrativo de IR, carteirinha e atendimento de um jeito prático.



Baixe nosso aplicativo

Boletos, Demonstrativo de IR, carteirinha e atendimento de um jeito prático.



02.

A contratação coletiva do plano de saúde

AS CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADEÇÃO CELEBRADO COM A AMIL FÁCIL FORAM REDIGIDAS COM A OBSERVÂNCIA DO *CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO* (LEI Nº 10.406/02), DO *CÓDIGO DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR* (LEI Nº 8.078/90), DO *ESTATUTO DO IDOSO* (LEI Nº 10.741/03) E COM BASE NA LEI Nº 9.656/98 E NAS NORMAS REGULAMENTARES EDITADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), QUE REGULAMENTAM OS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

Trata-se de um contrato coletivo de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, celebrado entre a Qualicorp Administradora de Benefícios e a Amil Fácil e destinado à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, conforme definido a seguir:

Operadora	Amil Assistência Médica Internacional S.A. (ANS n.º 326305)
Administradora de Benefícios/Contratante	Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. (ANS n.º 417173)
Entidade	Pessoa Jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, referida no Contrato de Adesão (a “Proposta”), que representa legitimamente a população a ela vinculada e que tenha contratado a administradora de benefícios para a viabilização do plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, destinado a essa mesma população.
Beneficiários	População vinculada à Entidade, com a devida comprovação dessa relação, e que tenha aderido ao contrato coletivo de plano de assistência à saúde.

ATENÇÃO

A contratação do plano de assistência à saúde pelos beneficiários é feita através do Contrato de Adesão (a “Proposta”), observadas as regras e condições nele dispostas, que estão reproduzidas e mais bem detalhadas neste Manual.

2.1. BENEFICIÁRIOS

2.1.1. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO TITULAR

Poderão ser beneficiários titulares todos os indivíduos vinculados à Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), com a devida comprovação dessa relação, e que tenham aderido ao contrato coletivo de plano de assistência à saúde.

2.1.2. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

Poderão ser beneficiários dependentes os seguintes indivíduos, desde que mantenham uma relação de dependência com o beneficiário titular e desde que tenham sido inscritos por ele no benefício:

- cônjuge ou companheiro(a), desde que se comprove, nesse último caso, a união estável, conforme Lei Civil;
- filho(a) solteiro(a) até 24 (vinte e quatro) anos completos;
- filho(a) inválido(a) solteiro(a) de qualquer idade;
- enteado(a) solteiro(a) até 24 (vinte e quatro) anos completos;
- menor de idade solteiro(a) que, por determinação judicial, esteja sob a guarda ou tutela do beneficiário titular.

2.2. VIGÊNCIA DO CONTRATO COLETIVO

O prazo de vigência define o período em que vigorará o contrato coletivo.

O contrato coletivo de plano de assistência à saúde celebrado entre a Qualicorp e a Amil Fácil vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, podendo ser renovado, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito no prazo de 60 (sessenta) dias, por qualquer das partes, seja pela Operadora ou pela Qualicorp.

2.2.1. RESCISÃO DO CONTRATO COLETIVO

O contrato coletivo de plano de assistência à saúde celebrado entre a Qualicorp e a Amil

Fácil poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, seja pela Amil Fácil ou pela Qualicorp. Em caso de rescisão do contrato coletivo, a Qualicorp será responsável por comunicar esse fato aos beneficiários, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

2.3. CATEGORIAS DE PLANOS

O benefício contratado é oferecido em 2 (duas) categorias de planos de saúde diferentes (cujas características estão detalhadas nos anexos deste Manual), conforme indicado nas opções do Contrato de Adesão (a “Proposta”), a saber:

Categoria de plano	Código da ANS
Next Plus (Amil Fácil 50) RM RJ QC PJCA	479.513/17-0
Plano Referência PJCA	466.034/11-0

ATENÇÃO

Os planos podem se diferenciar pela lista de prestadores credenciados pela Amil Fácil, bem como pela sua segmentação assistencial. Para conferir as informações específicas da sua categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

TANTO PARA PROCEDIMENTOS ELETIVOS AMBULATORIAIS (CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS), PROCEDIMENTOS HOSPITALARES (INTERNAÇÕES CLÍNICAS, CIRÚRGICAS E OBSTÉTRICAS), QUANTO PARA PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, O BENEFICIÁRIO CONTA COM A MODALIDADE DE ATENDIMENTO, CONFORME INDICADO, A SEGUIR, NESTE CAPÍTULO.

3.1. ATENDIMENTO NA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA

A Amil Fácil coloca à disposição do beneficiário uma rede própria e credenciada de prestadores de serviços médicos, que oferecem atendimento em conformidade com os limites e as condições do plano contratado pelo beneficiário.

Nesses estabelecimentos, o atendimento não demanda, por parte do beneficiário, nenhum tipo de pagamento ao prestador escolhido.

Veja como agilizar o atendimento:

- consulte a lista de prestadores do seu plano e escolha o prestador de sua conveniência ou necessidade;
- ligue para o prestador e agende a data e o horário do atendimento, exceto nos casos de procedimentos que exijam validação prévia, conforme o capítulo 6 ("Validação prévia de procedimentos") deste Manual;
- dirija-se ao prestador escolhido, munido de seu documento de identidade (RG) e de seu cartão de identificação da Amil Fácil (veja a seguir). Caso você não esteja de posse de seu cartão, solicite que o atendente entre em contato com a Amil Fácil e peça a validação. No caso de menores que ainda não possuam documento de identidade, deve ser apresentado, com o cartão do menor, um documento de identidade do responsável acompanhante.

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

A Amil Fácil disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação personalizado.

Para facilitar o atendimento, esse cartão e o documento de identidade (RG) devem ser apresentados aos prestadores próprios ou credenciados no ato da solicitação do serviço. O cartão de identificação é exclusivo, pessoal e intransferível. Em caso de extravio, comunique-o imediatamente à Qualicorp, pelos telefones indicados neste Manual.

LISTA DE PRESTADORES PRÓPRIOS E CREDENCIADOS

A lista de prestadores próprios e credenciados é de responsabilidade da Amil Fácil e está dividida em prontos-socorros, hospitais-gerais, consultórios etc. Por estar sujeita a alterações, é atualizada, quando necessário, pela Operadora, segundo as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A solicitação de listas de prestadores próprios e credenciados pode ser feita na Central de Atendimento Beneficiário da Amil Fácil, por meio dos telefones **3004-1000** (Capitais e regiões metropolitanas), **0800-706-2363** (Demais localidades). Portadores de necessidades especiais auditivas devem ligar para **0800-021-1001**. A lista de prestadores próprios e credenciados pode ser consultada também pelo site **www.amil.com.br**.

3.2. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, FORA DA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA

No caso de urgência ou emergência comprovada, quando não for possível a utilização dos serviços de prestadores próprios ou credenciados da Operadora, o beneficiário poderá utilizar o atendimento de prestadores locais, não pertencentes à rede própria ou credenciada da Operadora, solicitando posteriormente, após pagar pelo atendimento, o reembolso de despesas, de acordo com as condições e limites do plano contratado.

ESTÃO COBERTOS TODOS OS PROCEDIMENTOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, INSTITUÍDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), PARA A SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA ESTABELECIDADA NO CONTRATO, INDEPENDENTEMENTE DA CIRCUNSTÂNCIA E DO LOCAL DE OCORRÊNCIA DO EVENTO, PARA TODAS AS DOENÇAS DA *CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE* (CID-10), DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).

4.1. COBERTURA ASSISTENCIAL

Os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento ou qualquer outro tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviço de saúde.

- Cobertura de todos os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica.
- Cobertura das ações de planejamento familiar que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

- Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

- Cobertura de todos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, quando elas constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, respeitados os prazos de carência e de Cobertura parcial temporária (CPT), e a segmentação contratada.
- Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidente de trabalho.
- Cobertura dos procedimentos e eventos em saúde listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais, que terão cobertura igualmente assegurada para sua remoção e/ou retirada.
- Cobertura de taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento que possuam cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/Manual na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), respeitados os critérios de credenciamento ou qualquer tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviços de saúde.
- Cobertura da continuidade do tratamento no caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura parcial temporária (CPT).
- A continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN n.º 259, de 2011.
- O procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos” é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do

câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento.

ATENÇÃO

Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura do contrato coletivo, como, por exemplo, a internação em leito de terapia intensiva após a realização de transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas sim parte integrante do procedimento inicial, não recebendo, portanto, cobertura pelo contrato coletivo.

Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias* somente terão cobertura assegurada quando assim forem especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, e de acordo com a segmentação assistencial do plano contratado.

** Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.*

4.1.1. COBERTURA AMBULATORIAL

- Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, efetuadas por profissionais legalmente registrados no Conselho Regional de Medicina (CRM), em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).
- Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistentes, devidamente habilitados, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação.
- Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que poderão

ser realizadas tanto por psicólogo como por médico, devidamente habilitados, de acordo com a indicação do médico assistente.

- Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.
- Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema.
- Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD).
- Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde, dentro de estabelecimento de saúde.
- Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:
 - a. medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI), conforme definido pela Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

b. medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

- Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e do apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura de hemoterapia ambulatorial.
- Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

4.1.2. COBERTURA HOSPITALAR

- Cobertura de todas as modalidades de internações hospitalares, vedados a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, realizadas em estabelecimentos habilitados pela vigilância sanitária para prestar atendimento ou por outro órgão vinculado ao Ministério da Saúde que possua a devida competência.

ATENÇÃO

Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de vigência do beneficiário, haverá coparticipação obrigatória referente ao período excedente, por parte do beneficiário, do percentual determinado na legislação vigente à época da contratação, ou seja, 50% (cinquenta por cento) das despesas hospitalares e honorários médicos de internação.

- Cobertura das despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do beneficiário, durante o período de internação.
- Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.
- Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar do beneficiário, quando indicado pelo médico assistente.
- Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos.

Cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais (OPME) necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Amil Fácil, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, entre aquelas regularizadas na ANVISA, que atendam às características especificadas.

Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Amil Fácil, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, sendo as despesas arcadas pela Operadora.

O profissional requisitante pode recusar até 3 (três) nomes indicados por parte da Operadora para composição da junta médica.

- Cobertura de diárias e taxas hospitalares, de acordo com o serviço realizado, incluindo os materiais cobertos utilizados, durante período de internação.
- Cobertura das despesas relativas a um acompanhante do beneficiário, que incluem:
 - a. acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião-dentista,

necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo hospital;

b. acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, e de portadores de deficiências. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo hospital.

- Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro (artigo 12, II, “e”, da Lei n.º 9.656/1998);

ATENÇÃO

Não há cobertura para remoção residencial e/ou domiciliar, nem para deslocamentos que não sejam vinculados ao estabelecimento hospitalar.

- Cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar do beneficiário.
- Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização de procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar do beneficiário.

Tratando-se de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente avaliarão e justificarão a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário,

assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

ATENÇÃO

Não estão incluídos na cobertura do contrato coletivo os honorários do cirurgião--dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar.

- Cobertura da cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessários para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.
- Cobertura da cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura dos seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:
 - a. hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
 - b. quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c. radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
 - d. hemoterapia;
 - e. nutrição parenteral ou enteral;
 - f. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
 - g. embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

- h. radiologia intervencionista;
- i. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j. procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento; e
- k. acompanhamento clínico, no pós-operatório imediato e tardio, dos beneficiários pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, excetuando-se o fornecimento de medicação de manutenção.
- Cobertura para transplantes de órgãos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:
 - a. as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob as expensas da Operadora;
 - b. os medicamentos utilizados durante a internação;
 - c. o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto fornecimento de medicação de manutenção; e
 - d. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS):
 - i. os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente. Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador-cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção,

ii. as entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT);

iii. são competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e II - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor;

iv. os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da RN n.º 259, de 17 de junho de 2011, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura parcial temporária (CPT).

- Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:
 - a. que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - b. que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, respeitando-se a segmentação do plano contratado.
- Cobertura de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, ficando a critério do médico-assistente do beneficiário a sua indicação.
- Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização da ANS.

Entende-se por hospital-dia para transtornos mentais como o recurso, intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos, por equipe multiprofissional, visando substituir a internação

convencional e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

4.1.3. COBERTURA OBSTÉTRICA

Além de todas as coberturas citadas acima, no item 4.1.2. (“Cobertura hospitalar”), ficam acrescidos os itens a seguir:

- procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, bem como a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário (titular ou dependente), durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

ATENÇÃO

A cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário (titular ou dependente), durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção, ocorrerá desde que o beneficiário titular (pai ou mãe ou responsável legal) tenha cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias para situações obstétricas de urgência.

Caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

-
- Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

ATENÇÃO

Os casos de clínica médica de urgência, salvo quando em período de carência ou Cobertura parcial temporária (CPT), serão cobertos se solicitados pelo médico assistente. Estarão cobertos os honorários médicos relativos aos procedimentos clínicos ou cirúrgicos referentes às especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e realizados durante a internação.

Tais procedimentos incluem os serviços prestados pelo médico assistente ou cirurgião, auxiliares, anestesistas e instrumentadores previstos pela Amil Fácil.

4.1.4. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

A partir do início de vigência do beneficiário no benefício e respeitadas as carências estabelecidas neste Manual, a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência será aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, instituído pela ANS, para a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Emergência é o evento que implique risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizada em declaração do médico assistente.

Urgência é o evento resultante de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

Nos casos de emergência e urgência, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos neste Manual, o beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

Cobertura dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, durante o cumprimento dos períodos de carência, observando-se as seguintes peculiaridades:

- caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e
- caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias:
 - i. deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas;
 - ii. persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;
 - iii. uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo

necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará a cargo da Operadora; e

iv. em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.

Nos casos de emergência e urgência quando houver acordo para Cobertura parcial temporária (CPT), o beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados a Doenças e lesões preexistentes (DLP).

A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de internação e cobertura hospitalar para os beneficiários que estão em cumprimento dos períodos de carência, ou para aqueles que estão em acordo para CPT e que o atendimento resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e PAC relacionados a DLP, ainda que dentro do período de 12 (doze) horas e na mesma unidade de atendimento, será garantida a remoção do beneficiário para uma unidade do SUS.

Na remoção, a Operadora disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

Após atendimento de urgência e emergência, será garantida a remoção quando necessária por indicação médica para outra unidade própria ou credenciada ou para o SUS, quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.

Após atendimento de urgência e emergência, será garantida a remoção do beneficiário para unidade da rede própria ou credenciada, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do atendimento do beneficiário.

Quando o paciente beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da especificada no artigo anterior, a Operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Operadora desse ônus.

Nos casos de atendimento de urgência, exclusivamente decorrente de acidente pessoal, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do beneficiário, é garantida a cobertura sem restrições.

Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

No caso de urgência ou emergência comprovada, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados pela Operadora, o beneficiário poderá utilizar o atendimento de prestadores locais, solicitando posteriormente, após pagar pelo atendimento, o reembolso de despesas, de acordo com as condições e limites contratuais, respeitando a área geográfica de abrangência e atuação do plano contratado.

Veja como proceder:

- pague o prestador médico-hospitalar e solicite os recibos de todos os procedimentos realizados, discriminadamente;
- reúna os originais dos comprovantes de pagamentos e os documentos necessários para cada procedimento;
- munido dos documentos especificados, dirija-se a qualquer núcleo de atendimento da Amil Fácil ou à Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade, no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar e solicite o reembolso;
- o reembolso será efetuado de acordo com a Tabela Amil de Reembolso vigente, que apresenta os preços de serviços médico-hospitalares definidos para o plano contratado. O reembolso será realizado pela Operadora via depósito na conta-corrente informada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”), no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do recebimento dos documentos

originais, sendo indispensável, para a solicitação, a apresentação do documento de identidade (RG) e do CPF do beneficiário, bem como a cópia desses mesmos documentos.

DOCUMENTOS ORIGINAIS NECESSÁRIOS PARA REEMBOLSO

Para obter o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas fora da rede própria ou credenciada da Operadora, é necessário que o beneficiário apresente os seguintes documentos (em via original) e informações:

- a. atendimento de pronto-socorro hospitalar: Nota Fiscal válida como recibo, com a especificação e discriminação do atendimento realizado (procedimento, material, medicamento, taxa etc.), laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento.
- b. honorários médicos durante a internação: recibos ou Notas Fiscais válidas como recibo, contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado e o procedimento realizado, laudo médico, laudo do exame anatomopatológico, nome do paciente, valores cobrados, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento.

05. Exclusões de cobertura

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDAS DA COBERTURA DESTE PLANO DE SAÚDE COLETIVO AS DESPESAS A SEGUIR RELACIONADAS*

**Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).*

- 5.1. Eventos ocorridos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.
- 5.2. Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).
- 5.3. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
- 5.4. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.
- 5.4.1. São experimentais aqueles assim considerados pelo Conselho Federal de Medicina: os que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/não regularizadas no país e aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrado na ANVISA.
- 5.5. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.
- 5.6. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como medicamentos, próteses e órteses não nacionalizados ou não reconhecidos pela Anvisa.
- 5.7. Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar.
- 5.8. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, tratamentos clínicos e cirúrgicos para emagrecimento com finalidade estética, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, SPA, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em regime hospitalar.

05.

Exclusões de cobertura

- 5.9. Inseminação artificial, assim definida como técnica de reprodução assistida, que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.
- 5.10. Despesas com acompanhante, exceto no caso de internação de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes (no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato) ou, por fim, portadores de necessidades especiais (desde que haja indicação do médico assistente).
- 5.11. Despesas extraordinárias não previstas neste Manual ou não sujeitas à cobertura, como telefonemas, frigobar, televisão, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar. Nessas hipóteses, deverá ocorrer pagamento pelo beneficiário diretamente ao hospital, não sendo passível de quaisquer ressarcimentos pela Operadora.
- 5.12. Transplantes, exceto os listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- 5.13. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Anvisa.
- 5.14. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar ou ambulatorial (consultório), medicamentos estes entendidos como os que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência).

05.

Exclusões de cobertura

- 5.15. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar, cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS do Ministério da Saúde (Conitec).
- 5.16. Fornecimento de quimioterápicos orais, não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão governamental competente (ANVISA) e os ministrados em regime domiciliar, exclusão esta prevista no artigo 10, VI, da Lei nº 9.656/98.
- 5.17. Consultas, aluguel de equipamentos, aluguel de aparelhos e tudo que for relacionado à assistência médica domiciliar.
- 5.18. Cobertura de cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) para pacientes, exceto se preenchidas as condições previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- 5.19. Procedimentos odontológicos, salvo os previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- 5.20. Remoção por via aérea, exceto quando por meio de aditivo específico.
- 5.21. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.
- 5.22. Todos e quaisquer procedimentos não constantes ou não realizados nos termos do previsto no Rol vigente à época do evento.

A REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS A SEGUIR DEPENDERÁ DE VALIDAÇÃO PRÉVIA DA AMIL FÁCIL, MEDIANTE AVALIAÇÃO DO RELATÓRIO MÉDICO E DE DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

6.1. INTERNAÇÕES

A validação de internações eletivas clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas deverá ser solicitada à Amil Fácil, em até 5 (cinco) dias úteis antes da data prevista para a internação.

Nos casos de internações de urgência e/ou emergência, o beneficiário ou seu responsável deverá comunicar à Central de Atendimento Beneficiário da Amil Fácil as razões da internação e a declaração do médico assistente para apreciação, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação.

6.2. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA

Exames de alta complexidade e procedimentos médicos especiais somente serão realizados mediante validação prévia da Amil Fácil. A Operadora definirá, em tabela própria, os exames e procedimentos que necessitam de validação prévia, disponibilizando-a no site **www.amil.com.br** ou através da Central de Atendimento Beneficiário da Amil Fácil.

6.3. REMOÇÕES

Todos os casos de remoção deverão ser previamente validados pela Amil Fácil. Para obter a validação e mais informações sobre a cobertura de remoções, entre em contato com a Central de Atendimento Beneficiário da Amil Fácil.

ATENÇÃO

Em caso de dúvida quanto à necessidade de validação prévia para outros exames, tratamentos ou procedimentos, entre em contato com a Central de Atendimento Beneficiário da Amil Fácil.

CENTRAL DE ATENDIMENTO BENEFICIÁRIO DA AMIL FÁCIL:

3004-1000 (Capitais e regiões metropolitanas)

0800-706-2363 (Demais localidades)

Portadores de necessidades especiais auditivas devem ligar para **0800-021-1001**, a partir de aparelho adaptado com o dispositivo TDD.

Caso necessite de apoio, entre em contato com a Qualicorp, por meio de canais de atendimento indicados no primeiro capítulo (“A Qualicorp Administradora de Benefícios”) deste Manual.

07.

Carências

CARÊNCIAS SÃO OS PERÍODOS NOS QUAIS O BENEFICIÁRIO TITULAR E SEUS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, MESMO QUE EM DIA COM O PAGAMENTO DO BENEFÍCIO, NÃO TERÃO DIREITO A DETERMINADAS COBERTURAS.*

**Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Amil Fácil e a Qualicorp.*

7.1. PRAZOS DE CARÊNCIA

O beneficiário titular e seus beneficiários dependentes deverão cumprir os prazos de carência indicados na tabela a seguir, e que são contados a partir do início da vigência do benefício.

O cumprimento dos prazos de carência indicados na tabela a seguir só não será exigido para os beneficiários que se enquadrarem nos casos de redução ou isenção de carências. A propósito desses casos, ver a seguir, neste mesmo capítulo, os itens 7.1.1. (“Redução dos prazos de carência”) e 7.1.2. (“Isenção dos prazos de carência”).

Grupo de benefícios	Carência contratual
Acidentes pessoais. Urgência e emergência.	24 (vinte e quatro) horas
Consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico.	30 (trinta) dias
Exames e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.	30 (trinta) dias

07. Carências

Grupo de benefícios	Carência contratual
Exames e procedimentos especiais, realizados em regime ambulatorial, ressalvados os indicados nos itens a seguir: a. exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica; b. exames de ultrassonografia; c. exames radiológicos de tomografia computadorizada, de neurorradiologia, angiografia, coronariografia, mielografia, radiologia intervencionista e exames de ressonância magnética; d. exames de hemodinâmica, cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia; e. procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos; f. hemodinâmica terapêutica e angioplastias; g. quimioterapia e radioterapia; h. procedimentos para litotripsia; i. videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico-diagnóstica ambulatorial; j. artroscopia; k. diálise ou hemodiálise; l. hemoterapia; m. cirurgias em regime day hospital.	180 (cento e oitenta) dias
Carência - internações em geral (não relacionadas às doenças preexistentes).	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo.	300 (trezentos) dias

Os direitos adquiridos após o cumprimento dos prazos de carência terão sua continuidade assegurada, desde que o pagamento do valor mensal do benefício, até então devido, seja efetuado até a data do respectivo vencimento, conforme descrito no capítulo 10 (“Pagamento”) deste Manual.

Inclusão do recém-nascido:

- é assegurada a inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se:

07. Carências

- a. a inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;
 - b. a inscrição independe de o parto ter sido coberto pela Operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; e
 - c. o cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano.
- É assegurada a inclusão do recém-nascido sob guarda ou tutela do responsável legal, inscrito no plano em até 30 (trinta) dias da tutela ou da guarda.
 - Ao recém-nascido, inscrito em até 30 (trinta) dias, na forma disposta anteriormente, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela Operadora, será considerado para fins de aplicação de carência, o que segue:
 - a. caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou
 - b. caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.
 - Não é possível a alegação de Doença ou lesão preexistente (DLP) quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar do nascimento, da guarda, tutela ou adoção. Após este prazo, poderá ocorrer arguição de DLP, bem como a imposição de Cobertura parcial temporária (CPT).

ATENÇÃO

A inscrição do recém-nascido, na forma disposta anteriormente, pelo dependente do plano, observará as condições de elegibilidade previstas neste Manual.

Inclusão do(a) menor de 12 (doze) anos:

- é assegurada a inclusão de menor de 12 (doze) anos adotado por beneficiário, ou sob guarda ou tutela deste e inscrito no plano em até 30 (trinta) dias a contar da adoção,

07.

Carências

guarda ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.

- é assegurada a inclusão de menor de 12 (doze) anos, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, inscrito no plano em até 30 dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai.
- a inscrição do filho menor, nas formas dispostas anteriormente, observará as condições de elegibilidade previstas neste Manual.
- não é possível a alegação de DLP quando o menor de 12 (doze) anos for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar da guarda, tutela, adoção ou do reconhecimento de paternidade. Após este prazo, poderá ocorrer arguição de DLP, bem como a imposição de CPT.

Os dependentes do beneficiário titular que venham a ser incluídos no plano de saúde após os prazos previstos no parágrafo anterior ficarão sujeitos às carências descritas na tabela presente neste capítulo.

7.1.1. REDUÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, alguns dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 7.1. (“Prazos de carência”) deste Manual poderão ser reduzidos. Essa possibilidade se dará exclusivamente nos casos de proponentes que, no momento da adesão a este benefício, atendam, comprovadamente, às condições definidas pela Amil Fácil no “Aditivo de Redução de Carências”, que faz parte do Contrato de Adesão (a “Proposta”). Salienta-se que a possibilidade de redução de carências é analisada de forma individual, para cada proponente (titular ou dependente) elegível a essa redução, e que essa possibilidade está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da Operadora.

Os proponentes que, após a análise e aprovação da Amil Fácil, forem contemplados com prazos de carência reduzidos deverão respeitar os prazos indicados no referido “Aditivo de Redução de Carências”, que são definidos pela Operadora de acordo com a sua política comercial. Os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas no referido aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as

07.

Carências

carências descritas no item 7.1. (“Prazos de carência”) deste Manual.

7.1.2. ISENÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, poderá ser concedida a isenção dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 7.1. (“Prazos de carência”) deste Manual. Salienta-se que essa possibilidade se dará exclusivamente para novos beneficiários que se enquadrem, comprovadamente, nos seguintes casos:

- a. beneficiários que aderirem ao benefício durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do ingresso da sua Entidade, indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), no contrato coletivo celebrado entre a Qualicorp Administradora de Benefícios e a Amil Fácil.
- b. beneficiários que se vincularem à sua Entidade após ter decorrido o prazo referido na letra “A”, acima, e que formalizarem sua proposta de adesão ao benefício durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do subsequente aniversário da data de ingresso da Entidade no referido contrato coletivo.

08. Cobertura parcial temporária (CPT)

OS BENEFICIÁRIOS COM DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP) DECLARADAS DEVERÃO CUMPRIR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NO CONTRATO COLETIVO DE PLANO DE SAÚDE E EM CONFORMIDADE COM AS REGRAS ESTABELECIDAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).

- O proponente deverá informar à Operadora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, que acompanha o Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo, ou a qualquer tempo, o conhecimento de Doenças ou lesões preexistentes (DLP) à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, que poderá ensejar a rescisão contratual.
- O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede própria ou credenciada, sem qualquer ônus.
- Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa orientação.
- O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofridor, no momento da contratação do plano de saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de Procedimentos de alta complexidade (PAC), a Operadora oferecerá a Cobertura parcial temporária (CPT) e reserva-se o direito de não oferecer o agravo.

Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do beneficiário no benefício, a suspensão da cobertura de Procedimentos de alta complexidade

08. Cobertura parcial temporária (CPT)

(PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo proponente ou seu representante legal.

- Na hipótese de CPT, a Operadora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os PAC, quando relacionados diretamente à DLP.
- Os Procedimentos de alta complexidade (PAC) encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, disponível no site **www.ans.gov.br**.
- Nos casos de CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do beneficiário no benefício, a cobertura assistencial passará a ser aquela estabelecida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, conforme a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, prevista na Lei n.º 9.656/1998.
- Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do benefício, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao beneficiário.
- A Operadora poderá oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao benefício; ou
- A Operadora solicitará abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude. Instaurado o processo administrativo na ANS, à Operadora caberá o ônus da prova.
- A Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de DLP.
- A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

- Após julgamento, e acolhida a alegação da Operadora pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a DLP, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DLP, pela Operadora, bem como poderá ser excluído do contrato.
- Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de DLP, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do beneficiário até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Consideram-se Doenças ou lesões preexistentes (DLP) aquelas de que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4.º da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa 162 (RN 162), e suas posteriores atualizações.

09.

Alterações cadastrais

PARA REALIZAR ALTERAÇÕES CADASTRAIS, INCLUSIVE O CANCELAMENTO DA ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO, O BENEFICIÁRIO TITULAR DEVE OBSERVAR AS ORIENTAÇÕES APRESENTADAS NESTE CAPÍTULO.

9.1. INCLUSÃO DE CÔNJUGE:

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- b. cópia da Certidão de Casamento;
- c. cópia do CPF do cônjuge;
- d. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- e. na ausência do nome da mãe na Certidão de Casamento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- f. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

9.2. INCLUSÃO DE COMPANHEIRO(A):

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- b. Declaração de União Estável registrada e feita em cartório (documento público), contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a);
- c. cópia do RG e do CPF do(a) companheiro(a);
- d. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- e. na ausência do nome da mãe no RG, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- f. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

9.3. INCLUSÃO DE RECÉM-NASCIDO(A):

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- b. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- c. cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Caso o(a) recém-nascido(a) seja incluído(a) no plano de saúde após 30 (trinta) dias da data do nascimento, será necessário o preenchimento da Carta de Orientação ao Beneficiário e da Declaração de Saúde.

9.4. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) SOLTEIROS(AS) ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) ANOS COMPLETOS:

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- b. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- c. cópia do RG (se houver);
- d. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- e. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- f. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de filhos(as) a partir de 8 (oito) anos, somar cópia do CPF.

9.5. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) INVÁLIDOS(AS) SOLTEIROS(AS) DE QUALQUER IDADE:

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- b. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);

09.

Alterações cadastrais

- c. cópia do RG (se houver);
- d. cópia do Laudo Médico e perícia médica;
- e. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- f. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- g. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de filhos(as) a partir de 8 (oito) anos, somar cópia do CPF.

9.6. INCLUSÃO DE MENOR SOB GUARDA OU TUTELA DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- b. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- c. cópia do RG (se houver);
- d. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- e. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- f. cópia da tutela ou termo de guarda expedido por órgão oficial;
- g. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso dos menores a partir de 8 (oito) anos, somar cópia do CPF.

9.7. INCLUSÃO DE ENTEADOS(AS) SOLTEIROS(AS) ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) ANOS COMPLETOS:

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

b. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);

c. cópia do RG (se houver);

d. cópia do Cartão Nacional de Saúde;

e. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;

f. cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável registrada e feita em cartório (documento público), contendo o número do RG e do CPF do(a) cônjuge/companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) cônjuge/companheiro(a), constando também a dependência econômica do(a) enteado(a);

g. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de enteados(as) a partir de 8 (oito) anos, somar cópia do CPF.

ATENÇÃO

Casos específicos poderão ensejar a solicitação de documentos complementares ou comprobatórios dos direitos outorgados.

9.8. CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO OU EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO(S)*:

** A exclusão do(s) beneficiário(s) se dará de acordo com os normativos da legislação em vigor.*

a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

b. devolução de todos os cartões de identificação dos beneficiários e/ou de quaisquer documentos que possibilitem a assistência contratada.

A exclusão do beneficiário titular acarretará, obrigatoriamente, a exclusão de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) inscrito(s) no contrato coletivo de plano de saúde.

09. Alterações cadastrais

9.8.1. O BENEFICIÁRIO TITULAR PODERÁ SOLICITAR O CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO OU EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO(S) DIRETAMENTE À ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, PELOS SEGUINTE CANAIS DE ATENDIMENTO:

- pessoalmente; ou
- pela Central de Serviços; ou
- pelo *site*.

ATENÇÃO

Para conhecer os canais de atendimento da Qualicorp disponíveis em sua localidade, veja o primeiro capítulo (“A Qualicorp Administradora de Benefícios”) deste Manual.

9.9. ALTERAÇÃO DE DADOS PESSOAIS (NOME, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO ETC.):

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- b. cópia do documento que comprove a alteração.

É de responsabilidade do beneficiário manter seu endereço e números de telefone sempre atualizados.

9.10. ALTERAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS, PARA EFEITO DE PAGAMENTO DO BENEFÍCIO VIA DÉBITO AUTOMÁTICO OU PARA RECEBIMENTO DE REEMBOLSO:

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular, contendo o nome do correntista (necessariamente o beneficiário titular), números completos do banco, agência e conta-corrente, CPF, endereço e telefones do correntista.

9.11. TRANSFERÊNCIA DE PLANO:

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular.

09. Alterações cadastrais

A transferência poderá ser solicitada somente no mês de março de cada ano, constituindo-se causa para o novo plano no mês de abril.

Quando da transferência do beneficiário titular e dos seus beneficiários dependentes para um plano de categoria superior, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo plano. O beneficiário que fizer esta opção deverá cumprir as carências estipuladas pela Amil Fácil para a nova rede credenciada, a nova acomodação em internação e reembolso adquiridos com esta alteração.

A transferência de plano para categoria superior deverá ser feita com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, considerando-se sempre o dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular. Por exemplo: beneficiários com início de vigência no dia 1 (um) deverão fazer a solicitação de transferência até o dia 11 (onze) de março, e assim por diante. Desde que a solicitação seja realizada no prazo e nas condições descritas neste item, a transferência passará a vigorar no mês de abril, no dia correspondente ao início da vigência do benefício do titular.

A transferência do beneficiário titular acarretará a transferência dos seus beneficiários dependentes inscritos no benefício. Os beneficiários serão inscritos em outro benefício, devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e com número de registro próprio e distinto do benefício de origem.

Ressalta-se também que o plano e a acomodação em internação dos beneficiários dependentes sempre serão iguais aos do beneficiário titular.

PRAZO PARA ALTERAÇÕES CADASTRAIS

As solicitações de alterações cadastrais deverão ser apresentadas com a documentação completa e respeitando-se as condições expostas neste capítulo.

A solicitação deverá ser feita com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, considerando-se sempre o dia correspondente ao início da vigência do benefício do titular. Por exemplo:

09. Alterações cadastrais

Início da vigência do benefício (exemplos)	Data-limite da solicitação da alteração*	Vigência da alteração solicitada
Dia 7	Dia 17 do mês anterior	A partir do dia 7 do primeiro mês subsequente à solicitação
Dia 23	Dia 3 do mês corrente	A partir do dia 23 do mês corrente

**A Qualicorp poderá, a seu critério, alterar regras e prazos para a realização de alterações cadastrais.*

Salienta-se que, caso a solicitação não seja realizada até a data-limite (vinte dias antes do dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular), a alteração não vigorará no prazo previsto na regra acima. Nesse caso, a alteração solicitada terá de aguardar um mês a mais do que o prazo previsto na regra acima para passar a vigorar, o que se fará sempre no dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular. Salienta-se também que, em todos os casos de alterações cadastrais, prevalecerá a data do efetivo recebimento da solicitação pela Qualicorp.

Excetuam-se dos prazos indicados as solicitações de inclusão de novos beneficiários recém-nascidos ou recém-adotados, se forem incluídos dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento ou da adoção, respectivamente. Excetua-se também a solicitação de transferência de plano, cujo prazo próprio consta do item 9.11. ("Transferência de plano") deste capítulo.

COMO EFETUAR ALTERAÇÕES CADASTRAIS

A alteração cadastral deve ser solicitada por escrito à Qualicorp, por meio dos canais de atendimento próprios disponibilizados para esse fim.

Para conhecer os canais de atendimento da Qualicorp disponíveis em sua localidade, veja o primeiro capítulo ("A Qualicorp Administradora de Benefícios") deste Manual.

10. Pagamento

O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO É FIXADO SEGUNDO OS VALORES ESPECÍFICOS DAS FAIXAS ETÁRIAS, DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO, E INCLUI O VALOR REFERENTE À MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE NA AMIL FÁCIL E A CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA DOS SERVIÇOS EXECUTADOS PELA QUALICORP.

10.1. FORMAS E DATAS DE PAGAMENTO

O pagamento do valor mensal do benefício será efetuado de acordo com a opção indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo, a saber:

Formas de pagamento*

Boleto bancário

Débito automático em conta-corrente, nos bancos conveniados ao sistema

O prazo para pagamento do valor mensal é estabelecido em razão da data de ingresso e conforme a opção disponível e indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”) pelo beneficiário titular.

Veja abaixo alguns exemplos:

Início da vigência do benefício	Vencimento do valor mensal do benefício*
Dia 1	Dia 15 de cada mês
Dia 15	Dia 30 de cada mês

**A Qualicorp poderá, a seu critério, alterar regras e prazos para o pagamento do benefício.*

O beneficiário efetuará o pagamento do valor mensal do benefício à Qualicorp, ficando esta última responsável em liquidar a fatura do grupo beneficiário na Amil Fácil. A falta de pagamento por parte do beneficiário seguirá as medidas previstas neste capítulo.

10.2. COMO FUNCIONA O DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA-CORRENTE

Em caso de débito automático, o valor do benefício será debitado mensalmente na conta-

10. Pagamento

corrente bancária indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo. Se, independentemente do motivo, o débito não for realizado, o beneficiário deverá entrar em contato com a Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade, para efetuar a quitação. O pagamento do benefício em atraso seguirá as condições estabelecidas no item 10.4. (“Atraso e inadimplência”), neste mesmo capítulo.

10.3. ALTERAÇÃO NA FORMA DE PAGAMENTO

Para alterar a forma de pagamento, o beneficiário titular deverá solicitar a alteração, por escrito, à Qualicorp, fornecendo todas as informações necessárias (ver o item 9.10., “Alteração de dados bancários, para efeito de pagamento do benefício via débito automático ou para recebimento de reembolso”) e respeitando as condições e os prazos estabelecidos no capítulo anterior, “Alterações cadastrais”, deste Manual.

10.4. ATRASO E INADIMPLÊNCIA

A falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do benefício, além de juros de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia) sobre o valor total do benefício.

Além do exposto anteriormente, o atraso no pagamento do valor mensal do benefício poderá acarretar, durante o período de inadimplência, a suspensão automática do direito do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ao benefício, direito esse que poderá ser restabelecido, a critério da Operadora, a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados.

A falta de pagamento do valor mensal do benefício, até o último dia da vigência referente ao mês não pago, poderá ocasionar o cancelamento automático do benefício, isto é, a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) do contrato coletivo, sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) pendente(s) de pagamento, incluídos juros e multa. A vigência do benefício não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento, prevalecendo, para efeito de cancelamento, o período de vigência mensal.

10.

Pagamento

Ocorrendo a exclusão do beneficiário por inadimplência, o retorno ao contrato coletivo dependerá da comprovação do seu vínculo com a Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”) e da quitação dos débitos que provocaram o cancelamento, além de haver a obrigatoriedade do cumprimento de todas as carências contratuais, independentemente do período anterior de permanência do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) no contrato coletivo. No caso de cancelamento do benefício, haverá a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s), sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) não pago(s), incluídos juros e multa.

ATENÇÃO

Em caso de cancelamento do benefício por inadimplência, o atendimento e o próprio pagamento do benefício são devidos considerando-se integralmente o mês do cancelamento, por se tratar de pagamento prévio.

Salienta-se também que, em caso de cancelamento do benefício, por inadimplência ou por qualquer outro motivo, o beneficiário titular continuará sendo responsável por eventuais despesas de coparticipação que ainda não tenham sido quitadas, desde que elas estejam previstas no contrato coletivo e desde que o evento tenha sido realizado até a data do efetivo cancelamento do benefício. Tais despesas de coparticipação serão cobradas do beneficiário titular, de acordo com a opção de pagamento indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), assim que a Qualicorp receber a definição do valor dessas mesmas despesas.

11. Reajustes

INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE ADEÇÃO DE CADA BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE) AO CONTRATO COLETIVO, O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO SERÁ REAJUSTADO COM BASE NOS 3 (TRÊS) CASOS A SEGUIR, OU EM OUTRAS HIPÓTESES, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE À ÉPOCA. TAIS REAJUSTES PODERÃO OCORRER DE FORMA CUMULATIVA (PARCIAL OU TOTAL) OU ISOLADA.

Todos os casos de reajustes apresentados a seguir são precedidos de comunicação da Amil Fácil para a Qualicorp e, por conseguinte, da Qualicorp para os beneficiários. Os reajustes obedecem às apurações realizadas pela Amil Fácil.

ATENÇÃO

Independentemente das situações previstas neste capítulo, a aplicação de reajustes poderá ocorrer 1 (uma) vez por ano, ressalvado o reajuste por mudança de faixa etária, cuja aplicação se fará conforme indicado no item 11.3. (“Reajuste por mudança de faixa etária”) deste Manual.

11.1. REAJUSTE FINANCEIRO

Esse reajuste tomará como base a variação dos custos médico-hospitalares, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do plano de saúde, durante os 12 (doze) meses anteriores à data de sua aplicação, independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) ao contrato coletivo.

11.2. REAJUSTE POR ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

Entende-se por sinistralidade a relação percentual entre despesas e receitas do benefício. A totalidade das despesas é calculada pela soma dos valores pagos por todo e qualquer atendimento médico-hospitalar coberto pelo contrato coletivo, prestado aos beneficiários por meio da rede própria ou credenciada da Operadora.

Os valores do benefício serão avaliados periodicamente e poderão ser reajustados em função do índice de sinistralidade calculado até o término do período da apuração, independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) ao contrato coletivo.

11.

Reajustes

A aplicação desse reajuste visa manter o equilíbrio técnico-atuarial do contrato coletivo, o que respeita o princípio do mutualismo que rege a contratação coletiva.

ATENÇÃO

O índice de sinistralidade está diretamente relacionado à utilização regular e adequada do plano de saúde (veja mais em “Use bem, use sempre”).

11.3. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

Os valores mensais do benefício são estabelecidos com base na faixa etária do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) e serão reajustados, automaticamente, no mês subsequente à data de aniversário de cada beneficiário, ao ocorrer mudança de faixa etária e conforme os percentuais máximos, indicados a seguir.

Faixa etária	Next Plus (Amil Fácil 50) RM RJ QC PJCA	Plano Referência PJCA
0 a 18 anos	0,00%	0,00%
19 a 23 anos	25,00%	25,00%
24 a 28 anos	25,00%	25,00%
29 a 33 anos	10,00%	10,00%
34 a 38 anos	5,00%	5,00%
39 a 43 anos	10,00%	10,00%
44 a 48 anos	25,00%	25,00%
49 a 53 anos	10,00%	10,00%
54 a 58 anos	25,00%	25,00%
59 anos ou mais	75,00%	75,00%

ATENÇÃO

A inexistência de reajuste por mudança de faixa etária a partir dos 60 (sessenta) anos de idade não inviabiliza nem prejudica a realização dos outros reajustes (financeiro e por índice de sinistralidade) previstos no contrato coletivo.

12.

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

AS REGRAS PARA A SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO, BEM COMO PARA A EXCLUSÃO DA ADESÃO DE BENEFICIÁRIOS (TITULAR E/OU DEPENDENTES) E PARA UMA NOVA ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO, ESTÃO INDICADAS A SEGUIR E OBSERVAM AS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

12.1. EXCLUSÃO VOLUNTÁRIA DO BENEFICIÁRIO TITULAR OU DOS DEPENDENTES

O beneficiário titular poderá, voluntariamente, excluir seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ou pedir a exclusão de sua própria adesão ao contrato coletivo, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

A solicitação da exclusão de beneficiário(s) dependente(s) ou do beneficiário titular deve necessariamente ser feita pelo próprio beneficiário titular, respeitando-se as regras constantes no item 9.8. ("Cancelamento do Benefício ou Exclusão de Beneficiário(s)") deste Manual.

12.2. CANCELAMENTO COMPULSÓRIO DA ADESÃO POR PERDA DA ELEGIBILIDADE

No caso da perda da elegibilidade do beneficiário titular durante a vigência do benefício, a Qualicorp notificará o fato ao beneficiário titular, informando o prazo máximo que ele e seu(s) beneficiário(s) dependente(s) terão para permanecer no benefício.

ATENÇÃO

Enquanto o beneficiário titular mantiver vínculo com a Entidade indicada no Contrato de Adesão (a "Proposta"), o(s) beneficiário(s) dependente(s) gozará(ão) do benefício. A partir do momento em que não houver mais vínculo com a Entidade e o beneficiário titular for desligado do contrato coletivo, o(s) beneficiário(s) dependente(s) automaticamente também será(ão) desligado(s).

12.

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

12.3. SUSPENSÃO DO DIREITO AO PLANO DE SAÚDE POR INADIMPLÊNCIA

O atraso no pagamento do valor mensal do benefício poderá acarretar, durante o período de inadimplência, a suspensão automática do direito do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ao plano de saúde, direito esse que somente será restabelecido a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos mencionados no item 10.4. (“Atraso e inadimplência”), observada a possibilidade de cancelamento, conforme indicado a seguir.

12.4. CANCELAMENTO DA ADESÃO POR INADIMPLÊNCIA

A falta de pagamento do valor mensal do benefício, até o último dia da vigência referente ao mês não pago, poderá ocasionar o cancelamento automático do benefício, isto é, a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) do contrato coletivo, sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) pendente(s) de pagamento, incluídos juros e multa. A vigência do benefício não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento, prevalecendo, para efeito de cancelamento, o período de vigência mensal.

ATENÇÃO

No caso de cancelamento do benefício por inadimplência, os cartões de identificação do(s) beneficiário(s), seja ele beneficiário titular ou dependente, deverão ser imediatamente devolvidos à Qualicorp, que os inutilizará. Reitera-se também que, neste caso, o atendimento e o próprio pagamento do benefício são devidos considerando-se integralmente o mês de exclusão ou cancelamento, por se tratar de um benefício contratado sob a modalidade de pagamento prévio.

12.5. UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO BENEFÍCIO

As despesas decorrentes de utilização efetuada pelo beneficiário titular e/ou por seu(s) dependente(s) após a suspensão do atendimento ou após o efetivo cancelamento do benefício, por qualquer motivo, serão de total responsabilidade do beneficiário titular, sob pena de configurar-se a utilização indevida, sujeita às penalidades contidas na legislação pertinente.

Os custos dos atendimentos realizados indevidamente, apontados pela Amil Fácil, serão repassados de forma integral ao beneficiário titular, podendo ser efetuado o débito na mesma conta-corrente bancária indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”).

12.6. NOVA ADESÃO AO BENEFÍCIO

Havendo o cancelamento do benefício, os beneficiários excluídos somente poderão postular nova adesão após a eventual regularização da situação que motivou o cancelamento, análise das condições de elegibilidade e quitação de eventuais débitos anteriores. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de novos prazos de carência parciais ou totais, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

12.7. PERDA DO DIREITO A BENEFÍCIOS E/OU A TODO O PLANO DE SAÚDE

A Amil Fácil, independentemente da adoção de medidas judiciais aplicáveis contra o responsável por eventuais danos que forem causados à Operadora, não efetuará nenhum reembolso ou pagamento com base no benefício contratado e poderá cancelar o benefício, a qualquer tempo, sem que caiba direito a nenhuma indenização, caso haja por parte do beneficiário titular ou do(s) beneficiário(s) dependente(s):

- inexistência, inclusive quanto à data do nascimento, ou omissão nas declarações fornecidas no Contrato de Adesão (a “Proposta”) que tenham influído na sua aceitação pela Qualicorp ou tampouco na aceitação de qualquer pagamento previsto na Proposta.
- declarações incompletas, equivocadas, errôneas ou imprecisas quanto ao estado de saúde e/ou doenças declarados na Declaração de Saúde.
- fraude ou dolo.
- tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada pela Qualicorp, em nome da Amil Fácil, na elucidação de um evento ou de suas respectivas despesas.
- inobservância das obrigações contratuais.

12.

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

ATENÇÃO

As informações constantes deste Manual estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Qualicorp e a Amil Fácil.

Anexo I
Plano NEXT PLUS (Amil Fácil 50)
RM RJ QC PJCA

Plano NEXT PLUS (Amil Fácil 50)

RM RJ QC PJCA

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

NEXT PLUS (Amil Fácil 50) RM RJ QC PJCA

1.1.2. Código do plano

479.513/17-0

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é Grupo de Municípios.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende o “Grupo de Municípios” listados a seguir, de acordo com a opção indicada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”).

Grupo de Municípios
Duque de Caxias e Rio de Janeiro

Plano NEXT PLUS (Amil Fácil 50)

RM RJ QC PJCA

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação em internação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é coletiva.

Anexo II

Plano Referência PJCA

Plano Referência PJCA

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Plano Referência PJCA

1.1.2. Código do plano

466.034/11-0

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

No caso deste benefício, a segmentação é “Referência”.

Plano Referência PJCA

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação em internação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é coletiva.

1.6. COBERTURA PARA EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

Além das coberturas previstas no capítulo 4 (“Coberturas e procedimentos garantidos”) deste Manual, a cobertura assistencial de que trata este plano compreenderá todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no artigo 10 da Lei n.º 9.656/98.

Haverá cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, do atendimento nos casos de:

- a. urgência, assim entendidos os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
- b. emergência, definidos como os atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

Para os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, fica garantida a cobertura, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do benefício.

Para os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a cobertura é garantida sem limitações.

Nos casos em que houver acordo de Cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às Doenças ou lesões

Plano Referência PJCA

preexistentes (DLP), a cobertura será prestada por 12 (doze) horas, ou por período inferior, caso haja a necessidade de internação.

No decorrer dos períodos de carência para internação, o atendimento de urgência e emergência será realizado sem limitações.

Haverá garantia de cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta do beneficiário, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

1.7. MECANISMO DE REGULAÇÃO – PROGRAMA ESPECIAL DE ATENDIMENTO

Visando elevar a qualidade e a eficácia dos tratamentos, a Amil Fácil criou o Programa Especial de Atendimento, que conta com uma rede de prestadores médico-hospitalares que prestam atendimento especializado para as seguintes especialidades:

- a. cirurgias cardiovasculares;
- b. cirurgias da coluna vertebral;
- c. cirurgias ortopédicas – próteses de substituição de quadril, ombro, joelho e cotovelo;
- d. embolização vascular cerebral;
- e. implante de marca-passo ou desfibrilador cardíaco;
- f. transplantes de córnea, medula e rim;
- g. tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e seus tratamentos acessórios e/ou subsequentes;
- h. tratamento cirúrgico da refração;
- i. tratamento de quimioterapia e radioterapia;
- j. terapia renal substitutiva.

Plano Referência PJCA

1.7.1. Como funciona o programa especial de atendimento

É simples: para realização dos procedimentos relacionados a um dos grupos diagnósticos descritos no item 1.7. (“Mecanismo de regulação – Programa Especial de Atendimento”) deste “Anexo”, o beneficiário deve obrigatoriamente buscar um hospital ou clínica que faça parte da rede do Programa Especial de Atendimento da Amil Fácil.

1.7.2. Onde encontrar a rede credenciada do programa

A rede credenciada integrante do Programa Especial de Atendimento pode ser consultada no site **www.amil.com.br**. É fundamental consultá-la antes de programar qualquer atendimento.

Anotações

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Use bem, use sempre

Para usar da maneira mais adequada o plano de saúde e preservar a qualidade do benefício, é muito importante que os beneficiários saibam o que é o índice de sinistralidade e tenham sempre em mente algumas orientações básicas.

ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

Entende-se por índice de sinistralidade a relação percentual entre despesas e receitas do seu plano de saúde. A totalidade das despesas é calculada pela soma dos valores pagos por todo e qualquer atendimento prestado aos beneficiários e coberto por este contrato coletivo. Por isso, é essencial que todos os beneficiários saibam utilizar o plano de saúde de forma adequada, sem desperdícios.

ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO

- Após a realização de uma consulta, siga rigorosamente o tratamento e as prescrições do médico.
- É seu direito e dever conferir sempre se todos os procedimentos realizados foram devidamente discriminados.
- Nunca empreste sua carteirinha, sob pena de configuração de fraude.
- Em caso de necessidade de atendimento de urgência ou emergência, dirija-se ao pronto-socorro mais próximo que faça parte da rede própria ou credenciada da Amil para o seu plano.
- Realize exames conforme solicitação médica. Uma vez solicitados e realizados, sempre retire o resultado de seus exames. Estudos indicam que grande parte dos pacientes não retorna para retirar os resultados e não dá continuidade ao tratamento, causando duplo prejuízo: para si mesmos e para o plano de saúde.
- Após a utilização dos exames, guarde-os com segurança. Tais diagnósticos poderão ser úteis também no futuro.
- Em caso de sugestões, críticas ou eventuais reclamações, comunique a Amil ou a Qualicorp.

Central de Atendimento Beneficiário
Amil Fácil

3004-1000

SAC - Serviço de Atendimento
ao Cliente
Amil Fácil

0800-021-2583

Para portadores de necessidades
especiais auditivas

0800-021-1001

Central de Serviços Qualicorp

4004-4400

Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000

Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002

Todo o Brasil

Amil:

ANS nº 326305

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 417173



3.11.73.43.00001