Doctor Clin

Manual do Beneficiário

Plano de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão

Qualicorp

Entenda como foi viabilizado o seu plano de saúde

COLETIVO POR ADESÃO

BENEFICIÁRIO

O Beneficiário de plano privado de assistência à saúde **COLETIVO POR ADESÃO** 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.

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.

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 Doctor Clin, uma das mais renomadas operadoras de planos de saúde do Rio Grande do Sul. Iniciou suas atividades em 1996, e conta com uma rede de profissionais, clínicas, hospitais e laboratórios credenciados em todo o estado.

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 ADESÃO** com a Doctor Clin, 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.

Doctor Clin

Doctor Clin:
ANS nº 349682

Qualicorp

Qualicorp
Adm. de Benefícios:
ANS nº 417173

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.

Doctor Clin | Qualicorp

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 oferte 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

3.11.77.50.00001

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. 17

05. Exclusões de cobertura _____ pág. 38

06. Validação prévia de procedimentos _____ pág. 42

07. Carências _____ pág. 46

08. Cobertura parcial temporária _____ pág. 51

09. Alterações cadastrais _____ pág. 54

10. Pagamento _____ pág. 61

11. Reajustes _____ pág. 64

12. Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde _____ pág. 66

Anexos

Anexo I: Plano FLEX ADESÃO GLOBAL _____ pág. 71

Anexo II: Plano MAX ADESÃO GLOBAL_____ pág. 77

Anexo III: Plano FLEX ADESÃO REFERÊNCIA I _____ pág. 83

Anotações_____ pág. 90

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 Doctor Clin.

01. A Qualicorp Administradora de Benefícios

ALÉM DO PADRÃO DE QUALIDADE DA DOCTOR CLIN, 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 ADESÃO, À POPULAÇÃO VINCULADA A ELAS.

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 Doctor Clin analisou o projeto, aceitou-o e concordou com a sua implantação, conforme as condições ajustadas no contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, mantido com a Qualicorp, cujas condições contratuais 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 Pessoa Jurídica 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.

01. A Qualicorp Administradora de Benefícios

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.

Doctor Clin | Qualicorp

02. A contratação coletiva do plano de saúde

AS CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE SAÚDE, COLETIVO POR ADESÃO, CELEBRADO COM A DOCTOR CLIN 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 de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, celebrado entre a Qualicorp Administradora de Benefícios e a Doctor Clin e destinado à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, conforme definido a seguir:

Operadora	Doctor Clin Operadora de Planos de Saúde LTDA (ANS n.º 349682)
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 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.

02. A contratação coletiva do plano de saúde

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 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);*
- filho(a) com até 34 (trinta e quatro) anos completos;*
- neto(a) com até 34 (trinta e quatro) anos completos;*
- enteado(a) com até 34 (trinta e quatro) anos completos; e*
- menor sob guarda ou tutela do beneficiário titular.*

** Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do(a) dependente no benefício, e tenha até 34 (trinta e quatro) anos completos, podendo ser solicitada documentação complementar.*

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 Doctor Clin vigorará pelo prazo mínimo 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 Doctor Clin 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 Doctor Clin poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, seja pela Doctor Clin 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 3 (três) categorias de planos 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
FLEX ADESÃO GLOBAL	480.522/18-4
MAX ADESÃO GLOBAL	480.521/18-6
FLEX ADESÃO REFERÊNCIA I	481.473/18-8

ATENÇÃO

Os planos podem se diferenciar pela lista de prestadores de serviços próprios ou credenciados pela Doctor Clin e pela segmentação assistencial.
Para conferir as informações específicas da sua categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo "Anexo".

03. Formas de utilização do plano de saúde

A REDE DE PRESTADORES DE SERVIÇOS PRÓPRIOS OU CREDENCIADOS DA DOCTOR CLIN OFERECERÁ ATENDIMENTO, CONFORME DESCRITO NESTE MANUAL, TANTO PARA PROCEDIMENTOS DE ROTINA (CONSULTAS E EXAMES, INTERNAÇÕES E DEMAIS TRATAMENTOS) QUANTO PARA URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO.

3.1. ATENDIMENTO NA REDE MÉDICA PRÓPRIA E CREDENCIADA

A Doctor Clin coloca à disposição do beneficiário uma rede própria e credenciada de prestadores de serviços médicos, sendo que nesses estabelecimentos o atendimento não demanda, por parte do beneficiário, nenhum tipo de pagamento ao prestador escolhido.

Para realização de alguns procedimentos haverá o direcionamento para prestadores de serviços determinados pela Doctor Clin, conforme descrito no item 3.4. (“Mecanismo de Regulação - Direcionamento”)

Salienta-se que, nos casos em que houver a eventual coparticipação financeira do beneficiário em despesas, a cobrança dos valores de coparticipação será feita pela Qualicorp conforme previsto no item 3.3. (“Mecanismo de Regulação - Coparticipação”). Para verificar a tabela com os valores que serão cobrados por cada procedimento realizado, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo” referente à categoria do plano contratado.

Veja como agilizar o atendimento para realização de consultas eletivas:

- consulte a lista de prestadores de serviços próprios ou credenciados e escolha o prestador de sua conveniência ou necessidade;
- ligue para o prestador e agende a data do atendimento;
- dirija-se ao prestador escolhido, munido de seu documento de identidade (RG) e de seu cartão de identificação válido da Doctor Clin (veja a seguir).

03. Formas de utilização do plano de saúde

Veja como agilizar o atendimento para realização de consultas eletivas nas Clínicas Próprias:

- **aplicativo Mobile:** Agendamento Online;
- **e-mail:** agenda@doctorclin.com.br;
- **telefone:** (51) 3584-0400, expediente de segunda a sexta-feira, das 07h30 às 19h30.

ATENÇÃO

Para os demais atendimentos haverá direcionamento para prestadores de serviços determinados pela Operadora.

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

A Doctor Clin disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação personalizado. Para facilitar o atendimento, o cartão e o documento de identidade (RG) devem ser apresentados aos prestadores de serviços 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 DE SERVIÇOS PRÓPRIOS OU CREDENCIADOS

A lista de prestadores de serviços próprios ou credenciados disponibilizada pela Doctor Clin consiste no conjunto de médicos, laboratórios, clínicas, prontos-socorros e hospitais colocados à disposição dos beneficiários, para prestar atendimento médico-hospitalar de acordo com o plano contratado.

Por estar sujeita a alterações, é atualizada quando necessário pela Operadora, segundo as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para consultar os prestadores de serviços, acesse o site www.doctorclin.com.br ou entre em contato com a Doctor Clin, através do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), por meio do telefone **(51) 3584-0321**, expediente de segunda a sexta-feira, das 07h30 às 19h, ou através do E-mail: **sac@doctorclin.com.br**.

3.2. ATENDIMENTO PARA URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA FORA DA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA

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

Veja como proceder:

1. mediante a necessidade do atendimento para urgência ou emergência, dentro da área de abrangência geográfica do seu plano, verifique se a localidade em que você estiver não possui nenhum prestador de serviço próprio ou credenciado pela Doctor Clin;

2. caso efetivamente a localidade não possua um prestador de serviço próprio ou credenciado pela Doctor Clin, dirija-se a um prestador de serviço local para que o atendimento seja realizado;

3. pague pelos serviços e solicite um relatório médico que justifique o atendimento, bem como os recibos e/ou Notas Fiscais quitadas, no original, com a discriminação de cada um dos procedimentos realizados;

4. para solicitar o reembolso, entre em contato com a Doctor Clin.

ATENÇÃO

Para saber mais sobre as regras para solicitação de reembolso, consulte o item 4.1.6.5. (“Reembolso exclusivamente em casos de urgência e emergência”) neste Manual.

3.3. MECANISMO DE REGULAÇÃO - COPARTICIPAÇÃO

Para todos os planos constantes neste Manual, a Operadora adota o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre

que houver a realização de consultas, exames e procedimentos. Para verificar a tabela com os valores que serão cobrados a cada procedimento realizado, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo” referente à categoria do plano contratado.

3.4. MECANISMO DE REGULAÇÃO - DIRECIONAMENTO

Para todos os planos constantes neste Manual, a Operadora adota o mecanismo de regulação de Direcionamento, que consiste em direcionar a realização dos procedimentos a seguir mencionados, para prestadores de serviços previamente determinados pela Doctor Clin, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independentemente de possuir ou não outros prestadores de serviços credenciados disponíveis em sua rede.

3.4.1. Procedimentos passíveis de Direcionamento:

a. atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais;

b. exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia; e

c. internações hospitalares.

ATENÇÃO

Não haverá direcionamento para: (i) os casos de urgência e emergência, que serão atendidos em hospitais credenciados para esta finalidade; e (ii) as consultas eletivas, onde os beneficiários serão atendidos pelo prestador de serviços de sua escolha dentre os credenciados pela Doctor Clin.

04. Coberturas e procedimentos garantidos

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 DO PLANO CONTRATADO, NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA ESTABELECIDA 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

- 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 anestesista, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento ou qualquer tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviços de saúde.
- Cobertura dos insumos necessários para realização de procedimentos cobertos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviços de saúde.
- Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar como previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS e suas Diretrizes (DUT's), contemplando atividades educacionais, consultas de aconselhamento para planejamento familiar, atendimento clínico, sulfato de Dehidroepiandrosterona (SDHEA), implante de dispositivo intrauterino (DIU) incluindo o dispositivo, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento:

  I. planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

II. concepção: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

III. anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

IV. atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

V. aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

VI. atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

- 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 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.

04. Coberturas e procedimentos garantidos

- 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.

  Para fins de cobertura obrigatória, de acordo com o plano contratado, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999. Exclui-se da cobertura obrigatória, a ser garantida por este contrato, a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

- 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 e 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, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, 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, respeitados a segmentação assistencial do plano contratado, 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, e posteriores alterações.

  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.

- Cobertura para medicamentos registrados/regularizados na ANVISA que sejam utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, de acordo com a segmentação assistencial do plano contratado.

ATENÇÃO

Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura deste Manual, 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 havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da Doctor Clin.

Os procedimentos realizados por *laser*, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, de acordo com a segmentação 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 (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as 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 assistente, devidamente habilitados, mesmo quando

realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação e que estejam listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, à época do evento.

- Cobertura de terapias clínicas, consistindo em consultas e sessões com nutricionista, com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, conforme indicação do médico assistente e de acordo com o limite de consultas ou sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura para sessões ou consultas 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, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.
- Cobertura das ações de planejamento familiar, incluindo o procedimento sulfato de Dehidroepiandrosterona (SDHEA), listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema.
- Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD) ambulatoriais: aquelas que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e unidades similares.
- Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) 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 do estabelecimento de saúde, tais como hospitais, clínicas ou ambulatório.

- 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 para cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, na forma prevista pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

ATENÇÃO

Os procedimentos que possuem limitação conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, serão contados por ano de vigência do Contrato Coletivo firmado entre a Doctor Clin e a Qualicorp, não cumulativos.

4.1.2. Cobertura hospitalar

- Cobertura de todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- Cobertura para internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;
- Cobertura para exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;

04. Coberturas e procedimentos garantidos

- Cobertura de hospital-dia (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) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.
- Cobertura dos transplantes de córnea, rim, alogênico de medula óssea e autólogos desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, e dos procedimentos vinculados, incluindo:

  a. as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da Operadora do beneficiário receptor;

  b. os medicamentos utilizados durante a internação;

  c. o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não ó 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 (CNCDOs) 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 perante o Sistema Nacional de Transplante (SNT).

iii. são competências privativas das CNCDOs, 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, respeitados a segmentação do plano contratado, 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 os 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, vigente à época do evento, respeitando-se a segmentação do plano contratado.

- Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, considerando:

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

  ii. o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Operadora, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

  iii. em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a Operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela Operadora; e

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

- Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

  a. crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

  b. idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade; e

  c. portadores de necessidades especiais.

- Cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, incluindo a solicitação de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Operadora e prestadores de serviços de saúde;

- Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe necessária à complexidade do caso, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, observando-se: (i) tratando-se de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos,

assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e (ii) 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, não estão incluídos nas coberturas previstas neste Manual.

- Cobertura dos seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

  a. hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);

  b. 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 (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) 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 hospitalar ou outras unidades de saúde, tais como clínicas ou ambulatório;

  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:

  • **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 nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

  • **Medicamento fracionado**: medicamento fornecido em quantidade distinta da

embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

c. procedimentos radioterápicos previstos 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;

g. embolizações;

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, mediato 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 de cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme cobertura assegurada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- Cobertura para 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.

4.1.3. Cobertura obstétrica

Além de todas as coberturas citadas anteriormente, 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, ocorrerá desde que o beneficiário titular (pai ou mãe ou responsável legal) tenha cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias.

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.

4.1.4. Cobertura para saúde mental

Serão asseguradas as coberturas das despesas ambulatoriais relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, inclusive o atendimento às emergências psiquiátricas e à psicoterapia de crise, nos termos e limites da garantia assegurada pela ANS no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, desde que obedecidas as Diretrizes de Utilização (DUTs) para cobertura de procedimentos na saúde suplementar e limitadas ao número de sessões estabelecidas no mesmo, sempre que aplicável.

A cobertura hospitalar para saúde mental garantirá as coberturas das despesas de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, bem como a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia para os pacientes com os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

04. Coberturas e procedimentos garantidos

A cobertura hospitalar para a saúde mental ocorrerá nos termos e limites da garantia assegurada pela ANS no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, desde que obedecidas as Diretrizes de Utilização (DUTs) para cobertura de procedimentos na saúde suplementar e limitadas ao número de sessões estabelecidas nas mesmas, sempre que aplicável, quando então estará garantido por ano de contrato:

- Custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação;
- A partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de vigência do contrato coletivo, haverá coparticipação de 40% (quarenta por cento) por dia de internação, inclusive em regime assistencial de hospital-dia;
- A cobertura do tratamento em regime de hospital dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes, sendo que 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.

4.1.5. Cobertura odontológica

Os beneficiários terão direito aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na época da realização do evento, incluindo a cobertura de exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológica, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, relacionados no Rol de Procedimentos Odontológicos, da ANS, vigente à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede.

Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos.

4.1.6. Emergências e urgências

- A partir do início de vigência do beneficiário 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, de acordo com a segmentação assistencial do plano contratado.

  Emergência é o evento que implique risco imediato de morte 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.

4.1.6.1. ATENDIMENTO MÉDICO-AMBULATORIAL

É assegurada a cobertura ambulatorial dos procedimentos de urgência e emergência, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato ou da inscrição do beneficiário no plano, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

- Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus à Operadora.

4.1.6.2. ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

É assegurada a cobertura hospitalar dos procedimentos de urgência e emergência, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato ou da inscrição do beneficiário no plano, com as seguintes especificações:

- A Operadora garantirá os atendimentos hospitalares de urgência, exclusivamente decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.
- Os demais atendimentos hospitalares de urgência e emergência, inclusive referentes a complicações no processo gestacional, serão garantidos após 24 (vinte e quatro)

horas da inclusão do beneficiário no contrato, contudo, estando o beneficiário em cumprimento de Cobertura parcial temporária (CPT) ou de carência contratual para internação hospitalar, o atendimento de urgência e emergência terá cobertura igual à da segmentação ambulatorial, limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, não garantindo, portanto, a cobertura de internação para:

a. os atendimentos de urgência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência para internação;

b. os atendimentos de emergência efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação;

c. os 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 preexistentes.

- Após cumpridas as carências, exceto nos casos de cumprimento de CPT, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

4.1.6.3. ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Classificam-se como procedimentos odontológicos de urgência/emergência:

a. curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal;

b. curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente;

c. imobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma;

d. recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético;

e. tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário;

f. colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo;

g. incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso;

h. incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso;

i. reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização.

Além dos procedimentos citados anteriormente, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento definir como de urgência/emergência.

4.1.6.4. Remoção

A Operadora garantirá a remoção do beneficiário nas situações abaixo descritas:

- Nos casos decorrentes de atendimento de urgência ou emergência médico-hospitalar, quando se tratar das seguintes hipóteses:

  a. para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

  b. para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento e surgir a necessidade de internação, sendo que:

    b.1. Quando não puder 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.

    b.2. Havendo a necessidade, à Operadora caberão o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) que

disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento. Contudo, se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS ou ainda que pertencente ao SUS não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a Operadora desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

b.3. A Operadora deverá disponibilizar 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.

- A Operadora garantirá a remoção do beneficiário de plano de saúde hospitalar que já tenha cumprido o período de carência, mediante a ciência da Operadora, nos seguintes casos:

  a. de hospital ou serviço de pronto atendimento vinculado ao SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital da rede credenciada da Operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

  b. de hospital ou serviço de pronto atendimento privado não credenciado ao plano de saúde do beneficiário e não pertencente à rede própria da Operadora, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital da rede própria da Operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

  c. de hospital ou serviço de pronto atendimento credenciado e da rede própria da Operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital credenciado e da rede própria da Operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;

  d. de hospital ou serviço de pronto atendimento público ou privado não credenciado ao plano de saúde do beneficiário e não pertencente à rede própria da Operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital credenciado e da rede própria da Operadora, vinculados ao plano de saúde do

beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto nos arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa RN n.º 259, de 17 de junho de 2011, e/ou demais normas pertinentes; e

e. de hospital ou serviço de pronto atendimento credenciado e da rede própria da Operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital credenciado e da rede própria da Operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

- A remoção do beneficiário somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente.
- A remoção do beneficiário que possua plano privado de assistência à saúde com segmentação hospitalar, e que já tenha cumprido o período de carência, não será obrigatória nas seguintes hipóteses:

  a. de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos nos arts. 4º, 5º e 6º, da RN n.º 259, de 2011, e/ou demais normas pertinentes; ou

  b. de hospital ou serviço de pronto atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e/ou da rede própria da Operadora, vinculados ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da Operadora.

ATENÇÃO

As coberturas referidas no item 4.1.6. (“Emergências e urgências”) e 4.1.6.4. (“Remoção”) deste capítulo não se aplicam na íntegra para o plano FLEX ADESÃO REFERÊNCIA I. Para saber mais sobre a cobertura específica dessa categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

4.1.6.5. Reembolso exclusivamente em casos de urgência e emergência

- A Doctor Clin garantirá o reembolso, no limite das obrigações contratuais previstas nesse item, das despesas efetuadas pelo beneficiário titular ou seus dependentes, com assistência à saúde, nos casos de urgência ou emergência, quando não foi possível a utilização de serviços próprios ou credenciados pela Operadora, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano contratado.

O reembolso de que trata este item será efetuado de acordo com os valores:

a. da Tabela Simpro, que é o referencial de preços para pagamento de contas médicas, para reembolso dos materiais;

b. da Tabela Brasíndice, que é um guia farmacêutico indicador de pesquisa de preços, para reembolso de medicamentos e;

c. da Tabela Doctor Clin vigente na data do evento, para reembolso de consultas, honorários médicos, exames, serviços de apoio ao diagnóstico e demais procedimentos não abrangidos pelos itens anteriores.

Nas duas primeiras tabelas mencionadas anteriormente, o valor a ser adotado para reembolso será o equivalente ao “Preço Fábrica” vigente à data do evento.

Do valor a ser reembolsado poderá ser compensada eventual coparticipação estipulada contratualmente.

ATENÇÃO

O valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela Operadora com a rede credenciada para o plano contratado.

O prazo para a Operadora efetuar o reembolso será, no máximo, de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos documentos originais a seguir mencionados:

a. cópia da carteira de identificação do plano, da carteira de identidade e do CPF do paciente;

b. justificativa médica contendo o motivo da indicação e a descrição de cada procedimento realizado com o pertinente código, devidamente assinado e carimbado pelo médico, com nome, CPF e CRM;

c. recibo ou nota fiscal com a descrição numérica e por extenso do valor do procedimento, data e assinatura do profissional, a ser apresentada em original, observando que:

- se pessoa física: deve ser apresentado por meio de recibo de pagamento emitido pelo profissional contendo número do registro no respectivo conselho regional e número de inscrição no cadastro de contribuintes do Ministério da Fazenda (CPF) e endereço profissional;
- se pessoa jurídica: deve ser apresentado por meio de nota fiscal de serviços, contendo número de registro no CNPJ e endereço do estabelecimento, acompanhado do pertinente comprovante de pagamento realizado pelo beneficiário.

- O beneficiário terá o prazo de até 12 (doze) meses, contados da data de ocorrência do evento de urgência e emergência, para solicitar o reembolso em uma das Unidades da Doctor Clin, perante o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), ou na sede administrativa da Operadora, sob pena de prescrição desse direito, tal como determina o Código Civil.

ATENÇÃO

Não são passíveis de reembolso, não tendo seus custos garantidos pela Operadora, os eventos que não constem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Odontológico da ANS bem como os casos de:

- Atendimentos ou serviços não configurados como de urgência ou emergência realizados fora da rede credenciada por opção do beneficiário;
- Quando se tratar de contratação, em caráter particular, de profissional médico, clínicas, hospitais ou similares, quando disponível a especialidade médica, procedimento ou serviço a ser prestado pela rede credenciada da Operadora;

04. Coberturas e procedimentos garantidos

- Quando se tratar de contratação, em caráter particular, para atendimentos ou serviços prestados por médicos, clínicas, hospitais ou similares credenciados ao plano de saúde, porém NÃO contratados, credenciados ou indicados para a rede de atendimento do seu plano ou para o serviço tomado pelo beneficiário;
- Quando se tratar de contratação, em caráter particular, de médicos, clínicas, hospitais ou similares, ainda que credenciados, no intuito de diminuição de prazos regulamentares de espera ou carência e/ou para obtenção de coberturas assistenciais ou condições não garantidas e informadas neste manual;
- Atendimento e serviços prestados fora da área geográfica de abrangência do plano de saúde contratado.

05. Exclusões de cobertura

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDAS DA COBERTURA DESTE PLANO DE SAÚDE 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. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais: definidos como aqueles que empregam medicamentos, produtos para saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO); e/ou aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso *off label*);

5.2. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

5.3. Todo e qualquer procedimento médico, odontológico, clínico, ambulatorial, obstétrico, cirúrgico, laboratorial, terapêutico e de diagnóstico:

(a) que não esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ou no Rol de Procedimentos Odontológicos, ambos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento;

(b) que, ainda que previsto no ROL da ANS, não preencham os requisitos ou estejam em desacordo com as Diretrizes Clínicas (DC), Diretrizes de Utilização (DUTs) e/ou Protocolos de Utilização (PROUT) da ANS, ou, ainda;

(c) que contrariem Protocolos, Recomendações ou Orientações do Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Odontologia e/ou Ministério da Saúde (MS);

5.4. Internações Hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais ou em clínicas:

a. prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);

b. não habilitados legalmente perante seu Conselho ou órgão de registro profissional;

c. realizadas em estabelecimentos que não possuem alvará da vigilância sanitária ou de outro órgão vinculado ao Ministério da Saúde;

d. não integrantes da rede credenciada da Operadora, para atendimento ao plano de saúde contratado;

5.5. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todos aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

5.6. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico (não implantáveis). Prótese é qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese, qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de cirurgia, mas não restrito a óculos, lentes de contato, aparelho auditivo, coletes ortopédicos, próteses de substituição de membros, dentre outros. A lista completa da classificação de órteses e próteses implantáveis e não implantáveis pode ser obtida no *site* da ANS, no seguinte endereço eletrônico: **http://www.ans.gov.br**.;

5.7. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética bem como tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, *spas*, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

5.8. Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e quaisquer outros procedimentos de Medicina Ortomolecular;

5.9. Tratamento em clínicas ou estabelecimentos para acolhimento de idosos e consequentes internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

5.10. Inseminação artificial, entendida como a técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação

espermática ou transferência intratubárica do zigoto, entre outras técnicas, inclusive todo e qualquer procedimento, terapia ou exame complementar não descrito no Rol da ANS para fins de reprodução assistida;

5.11. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

5.12. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CONITEC);

5.13. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos com cobertura obrigatória estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

5.14. Vacinas e autovacinas;

5.15. Atendimento em caráter de internação domiciliar em substituição à internação hospitalar; consultas e atendimentos domiciliares; aluguel de equipamentos e materiais médicos; ou quaisquer outros similares para tratamento domiciliar;

5.16. Enfermagem particular seja em hospital ou residência, assistência domiciliar de qualquer natureza, consultas domiciliares e *Home Care*, mesmo que as condições de saúde do beneficiário exijam cuidados especiais ou extraordinários;

5.17. Serviços de remoção domiciliar ou traslados para deslocamentos dos beneficiários e seus acompanhantes, exceto os expressamente previstos neste Manual;

5.18. Assistência nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

5.19. Transplantes, à exceção de córnea, rim, alogênico de medula óssea, bem como dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

05. Exclusões de cobertura

5.20. Procedimentos, tratamentos, consultas, exames e internações hospitalares realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste Manual;

5.21. Serviços telefônicos ou qualquer outra despesa extraordinária, sejam realizados pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, não previstos neste contrato ou, quando garantidos, não prescritos pelo médico assistente durante os internamentos cobertos;

5.22. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, pertinentes a Medicina e Segurança do Trabalho.

06. Validação prévia de procedimentos (VPP)

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

Para a realização de todos os procedimentos cobertos e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, será necessária a obtenção de requisição e/ou encaminhamento médico e liberação prévia através de Guia de Autorização expedida pela Doctor Clin, a ser obtida pelo beneficiário.

A validação prévia será concedida pela Doctor Clin após análise das solicitações especificadas pelo médico assistente ou cirurgião-dentista.

6.1. NECESSITAM DE ANÁLISE TÉCNICA ASSISTENCIAL OS SERVIÇOS DE:

- análises clínicas relacionadas a hematologia laboratorial, imunologia e biologia molecular;
- colonoscopia;
- endoscopia;
- genética;
- hemodiálise;
- hemodinâmica;
- hemoterapia;
- internações hospitalares (qualquer modalidade);
- medicina nuclear (cintilografia);
- quimioterapia;
- radiologia intervencionista;
- radioterapia;
- ressonância magnética;

- tomografia computadorizada;

- procedimentos, cirurgias e tratamentos hospitalares / ambulatoriais;

- internações hospitalares em geral;

- demais Procedimentos de alta complexidade (PAC) conforme descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

ATENÇÃO

Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 48 (quarenta e oito) horas úteis contados após a baixa hospitalar para providenciar os documentos que deveriam ser apresentados para a validação prévia, sob pena de a Doctor Clin não se responsabilizar por quaisquer despesas.

6.2. COMO SOLICITAR VALIDAÇÃO PRÉVIA

6.2.1. Após receber a guia de serviços (SADT) específica e disponibilizada pela Doctor Clin ou quando não credenciado, através do pedido médico, observe se o médico ou cirurgião-dentista preencheu a guia com as informações abaixo:

• dados do beneficiário que vai realizar o exame;

• descrição em letra legível e especificação de acordo com o CID, dos exames e/ou procedimentos solicitados; e

• carimbo, com o número do CRM ou CRO e assinatura do médico solicitante ou cirurgião-dentista.

6.2.2. O encaminhamento ou pedido médico deverá ser apresentado à Central de Regulação e Emissão de Guias de Autorização da Doctor Clin, em qualquer uma das suas unidades de atendimento, disponíveis para consulta no endereço eletrônico: **http://www.doctorclin.com.br**, juntamente com o documento de identidade do beneficiário e Cartão de Identificação do plano.

06. Validação prévia de procedimentos (VPP)

ATENÇÃO

A Doctor Clin poderá solicitar a complementação das informações, documentos ou dos exames apresentados para emitir a autorização ou resposta ao pedido, a qual ocorrerá nos prazos definidos nas normas vigentes da ANS sobre o tempo máximo para os atendimentos. O prazo inicial será contado a partir da data da solicitação de autorização à Doctor Clin.

6.2.3. É garantido ao beneficiário (caso lhe seja solicitado), o atendimento por profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência ou emergência.

6.2.4. Será fornecida resposta direta ao beneficiário sobre o resultado da sua solicitação para autorização de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial. Caso não ocorra a autorização, é facultado ao beneficiário requerer a reanálise da cobertura assistencial, mediante o preenchimento das suas razões e do pedido de reconsideração através de formulário disponível no endereço eletrônico: **http://www.doctorclin.com.br/site/ouvidoria.php**, que será apreciado e respondido pela Ouvidoria da Doctor Clin em prazo regulamentar não superior a 7 (sete) dias úteis.

ATENÇÃO

Nos casos de atendimentos de urgência e emergência nos locais devidamente credenciados e indicados pela Doctor Clin, dispensam o pedido de autorização prévia.

A guia (pedido médico) deve estar dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data de emissão e não pode estar rasurada, rabiscada ou alterada.

Caso tenha alguma dúvida, quanto à necessidade de validação prévia para outros exames, tratamentos ou procedimentos, entre em contato pelos canais:

Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC):

Telefone: (51) 3584-0321, expediente de segunda a sexta-feira, das 07h30 às 19h, ou através do E-mail: **sac@doctorclin.com.br.** ou;

06. Validação prévia de procedimentos (VPP)

Atendimento presencial: através das unidades de atendimento, com os respectivos endereços, dias e horários indicados no endereço eletrônico: **http://www.doctorclin.com.br**

IMPORTANTE

A guia (pedido médico) deve estar dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data de emissão e não pode estar rasurada, rabiscada ou alterada.

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 Doctor Clin 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 Carências	Procedimentos	Prazos contratuais
Grupo 0	Atendimento de Urgências / Emergências	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 1	Consultas médicas	30 (trinta) dias
Grupo 2	Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais de Baixo Custo[1]	30 (trinta) dias
Grupo 3	Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais de Médio Custo[1]	90 (noventa) dias
Grupo 4	Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais de Alto Custo[1]	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 5	Procedimentos de reeducação e reabilitação física	90 (noventa) dias
Grupo 6	Procedimentos especiais	180 (cento e oitenta) dias

*[1] A completa descrição dos exames e procedimentos, bem como a classificação dos Serviços de Baixo, Médio e Alto custos constam disponíveis para consulta no endereço eletrônico **www.doctorclin.com.br**.*

07. Carências

Grupo de Carências	Procedimentos	Prazos contratuais
Grupo 7	Terapias Clínicas - consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo.	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 8	Psicoterapia e Atendimentos Psiquiátricos Ambulatoriais	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 9	Atendimentos nos casos de planejamento familiar	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 10	Internações clínicas	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 11	Internações cirúrgicas e psiquiátricas	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 12	Parto a Termo	300 (trezentos) dias

Grupo de Carências	Procedimentos Odontológicos	Prazos contratuais
Grupo 0	Atendimento de Urgências / Emergências	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 1	Consultas, Exames e Procedimentos Odontológicos	90 (noventa) dias
Grupo 2	Cirurgias e Próteses	180 (cento e oitenta) 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:

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, nas formas dispostas 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 esse 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 menor de 12 (doze) anos:

- É assegurada a inclusão do 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,

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 do menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, inscrito no plano em até 30 (trinta) 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 esse prazo, poderá ocorrer arguição de DLP, bem como a imposição de CPT.

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 plano de saúde, atendam, comprovadamente, às condições definidas pela Doctor Clin 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 Doctor Clin, 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 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 de plano de saúde celebrado entre a Qualicorp e a Doctor Clin.

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 de plano de saúde celebrado entre a Qualicorp e a Doctor Clin.

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 NESTE 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 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 credenciada, sem qualquer ônus.
- Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede credenciada 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 sofredor, no momento da contratação do plano de saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- É vedada a alegação de omissão de informação de Doenças ou lesões preexistentes (DLP) quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Proponente pela Operadora, com vistas à sua admissão no plano de assistência à saúde.
- 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.

08. Cobertura parcial temporária (CPT)

- 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 (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 Doença ou lesão preexistente (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 assistencial do plano contratado, prevista na Lei n.° 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.

08. Cobertura parcial temporária (CPT)

- 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 doença e lesão preexistente.
- A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- Após julgamento, e acolhida à 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 doença ou lesão preexistente, 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 doença ou lesão preexistente, 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 RG e 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. Escritura Pública de União Estável ou Declaração de União Estável de próprio punho, 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 benefício 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) COM ATÉ 34 (TRINTA 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 NETOS (AS) COM ATÉ 34 (TRINTA 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 netos(as) a partir de 8 (oito) anos, somar cópia do CPF.

9.6. INCLUSÃO DE ENTEADOS (AS) COM ATÉ 34 (TRINTA 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 do(a) enteado(a) (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 Escritura Pública de União Estável ou Declaração de União Estável de próprio punho, 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);

g. cópia do RG do(a) companheiro(a);

h. 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.

9.7. 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 decisão judicial concedendo a guarda definitiva ou tutela ao titular do plano;

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

No caso de menores 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.

9.8.1. O beneficiário titular poderá solicitar o cancelamento do benefício ou exclusão de beneficiário(s) diretamente à Administradora de Benefícios, pelos seguintes 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 (NO ME, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO ETC.):

a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

b. cópia de documento que comprove a alteração.

É de responsabilidade do beneficiário manter seu endereço e número(s) de telefone sempre atualizados.

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

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.

A transferência poderá ser solicitada para qualquer um dos planos, tanto para um plano de categoria superior (*upgrade*), quanto para um plano de categoria inferior (*downgrade*) de acordo com as regras previstas a seguir:

Transferência para plano de categoria superior

A transferência para plano de categoria superior (*upgrade*) poderá ser realizada no mês de

09. Alterações cadastrais

Julho, desde que solicitada com antecedência mínima de 20 (vinte) dias da data de vigência do benefício do titular.

Quando da transferência do beneficiário titular e seu(s) dependente(s) para um plano de categoria superior (*upgrade*), será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo plano. O beneficiário que fizer essa opção deverá cumprir as carências previstas no capítulo 7 ("Carências") para os novos benefícios adquiridos com esta alteração e para utilização da nova rede credenciada.

Até o vencimento dessas novas carências, serão respeitadas as carências já cumpridas no plano anterior, de maneira que o(s) beneficiário(s) possa(m) continuar usufruindo de todos os recursos do plano anterior.

Transferência para plano de categoria inferior

A transferência para plano de categoria inferior (*downgrade*) poderá ser realizada a qualquer momento, obedecendo o "Prazo para alterações cadastrais" previsto neste capítulo.

A transferência do beneficiário titular e seu(s) dependente(s) para um plano de categoria inferior (*downgrade*) será admitida sem o cumprimento dos períodos de carências previstos no capítulo 7 ("Carências") desde que o beneficiário já tiver sido beneficiado com hospitalização no plano anterior, caso em que essa transferência só será admitida após decurso de 12 (doze) meses, contados da última alta hospitalar.

A transferência somente ocorrerá quando solicitada pelo beneficiário titular e acarretará a transferência de todos os seus beneficiários dependentes inscritos no benefício anteriormente contratado. Os beneficiários transferidos 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.

ATENÇÃO

Não será permitida a transferência para o plano Flex Adesão Referência I.

---

09. Alterações cadastrais

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:

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 somente será realizada no mês subsequente, 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, recém-adotados ou recém-casados, se forem incluídos dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento, da adoção, do casamento ou da união estável, 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 DOCTOR CLIN 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 1 de cada mês
Dia 17	Dia 17 de cada mês
Dia 28	Dia 28 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 Doctor Clin. A falta de pagamento por parte do beneficiário seguirá as medidas previstas neste capítulo.

10. Pagamento

Eventuais valores de coparticipação em despesas serão cobrados, pela Qualicorp, juntamente com o valor mensal do benefício, de acordo com a opção de pagamento indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a "Proposta") ao contrato coletivo. A cobrança de tais despesas de coparticipação será efetuada assim que a Qualicorp receber, da Operadora, a definição do valor dessas mesmas despesas.

10.2. COMO FUNCIONA O DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA-CORRENTE

Em caso de débito automático, o valor do benefício será debitado mensalmente na conta-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 e eventuais valores de coparticipação, além de juros de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia) sobre o valor total do benefício e eventuais valores de coparticipação.

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

10. Pagamento

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.

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 ADESÃO DE CADA BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE) AO REFERIDO 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 Doctor Clin para a Qualicorp e, por conseguinte, da Qualicorp para os beneficiários. Os reajustes obedecem às apurações realizadas pela Doctor Clin.

ATENÇÃO

Independentemente das situações previstas neste capítulo, a aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 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

O reajuste financeiro será aplicado anualmente e terá por base o Índice de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA), divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), acumulado nos últimos 12 (doze) meses, 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 prestado aos beneficiários e coberto por este contrato coletivo, quer ele se dê em hospitais, clínicas, consultórios ou laboratórios.

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 ao aniversário de cada beneficiário, ao ocorrer mudança de faixa etária, conforme os percentuais máximos indicados, neste Manual, nos “Anexos” referentes a cada categoria de plano.

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 neste Manual.

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"), no capítulo 10 ("Pagamento") deste Manual, 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.

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

Os custos dos atendimentos realizados indevidamente, apontados pela Doctor Clin, 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 Doctor Clin, 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):

- inexatidão, 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 Doctor Clin, 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 Doctor Clin.

Anexo I
Plano FLEX ADESÃO GLOBAL

Plano FLEX ADESÃO GLOBAL

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS 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

Flex Adesão Global

1.1.2. Código do plano

480.522/18-4

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.° 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 os seguintes Municípios: Alvorada, Cachoeirinha, Campo Bom, Canoas, Dois Irmãos, Estância Velha, Esteio, Gravataí, Ivoti, Novo Hamburgo, Portão, Porto Alegre, São Leopoldo, Sapiranga, Sapucaia do Sul e Viamão.

1.4. Segmentação assistencial

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

Plano FLEX ADESÃO GLOBAL

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

1.5. Acomodação em internação

A acomodação 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.

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. Coparticipação

Este plano possui o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas, exames e procedimentos.

Abaixo, segue a tabela com os valores que serão cobrados por cada procedimento realizado:

COPARTICIPAÇÃO*	
Procedimentos	**FLEX ADESÃO GLOBAL[1]**
Consultas com os profissionais ou clínicas credenciadas, incluindo as consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo.	R$ 36,73 (trinta e seis reais e setenta e três centavos) por consulta/sessão.
Exames/Serviços de Apoio Diagnóstico.	20% (vinte por cento) por exame.
Tratamentos/Procedimentos ambulatoriais.	20% (vinte por cento) por tratamento/procedimento.
Procedimentos de Reeducação e Reabilitação Física.	20% (vinte por cento) por sessão.

Plano FLEX ADESÃO GLOBAL

Procedimentos	FLEX ADESÃO GLOBAL[1]
Procedimentos Especiais que devem estar de acordo com a cobertura estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e Diretrizes de Utilização (DUTs) da ANS, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, conforme elencados a seguir: Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD) ambulatoriais; Quimioterapia oncológica ambulatorial; 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; Radioterapia ambulatorial; Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial; Hemoterapia ambulatorial e Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.	20% (vinte por cento) por procedimento.
Internações hospitalares[2].	Valor fixo de R$ 262,35 (duzentos e sessenta e dois reais e trinta e cinco centavos) por internação do beneficiário.
Internações psiquiátricas[3].	40% (quarenta por cento) por dia de internação.
** Procedimentos Odontológicos de diagnóstico, Urgência e emergência, Prevenção em saúde bucal, Dentística, Periodontia, Endodontia, Cirurgia bucomaxilofacial em nível ambulatorial, Próteses e Radiologia.	20% (vinte por cento) por procedimento.

** Os valores informados poderão ser reajustados juntamente com o valor mensal do benefício.*
*** A cobrança de coparticipação odontológica se dará por procedimento e/ou por exame realizado, podendo o mesmo atendimento ensejar mais de uma coparticipação para o beneficiário.*
[1] Os beneficiários do Plano Flex Adesão Global poderão utilizar a Rede do plano MAX Adesão Global, exclusivamente para consultas médicas com o pagamento de coparticipação no valor de R$ 36,73 (trinta e seis reais e setenta e três centavos) por consulta.

Plano FLEX ADESÃO GLOBAL

[2] Inclusive em regime assistencial de hospital-dia (que é indicado quando a permanência do beneficiário na unidade não requer um período maior que 12 horas).
Aplicável a todas as especialidades médicas e independentemente da modalidade de internação e do prazo pelo qual o beneficiário deverá permanecer hospitalizado em cada evento.
[3] Inclusive em regime assistencial de hospital-dia, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, contínuos ou não, a cada período de 12 (doze) meses de vigência contratual.

03. REAJUSTE

3.1. 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 ao aniversário de cada beneficiário, ao ocorrer a mudança de faixa etária e conforme os percentuais máximos indicados a seguir:

Faixa etária	FLEX ADESÃO GLOBAL
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	20,52%
De 24 a 28 anos	10,98%
De 29 a 33 anos	11,00%
De 34 a 38 anos	20,35%
De 39 a 43 anos	15,24%
De 44 a 48 anos	33,34%
De 49 a 53 anos	13,00%
De 54 a 58 anos	71,57%
59 anos ou mais	12,70%

Anexo II
Plano MAX ADESÃO GLOBAL

Plano MAX ADESÃO GLOBAL

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS 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

Max Adesão Global

1.1.2. Código do plano

480.521/18-6

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.° 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 os seguintes Municípios: Alvorada, Cachoeirinha, Campo Bom, Canoas, Dois Irmãos, Estância Velha, Esteio, Gravataí, Ivoti, Novo Hamburgo, Portão, Porto Alegre, São Leopoldo, Sapiranga, Sapucaia do Sul e Viamão.

1.4. Segmentação assistencial

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

Plano MAX ADESÃO GLOBAL

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

1.5. Acomodação em internação

A acomodação 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.

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. Coparticipação

Este plano possui o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas, exames e procedimentos. Abaixo, segue a tabela com os valores que serão cobrados por cada procedimento realizado:

COPARTICIPAÇÃO*	
Procedimentos	**MAX ADESÃO GLOBAL**
Consultas com os profissionais ou clínicas credenciadas, incluindo as consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo.	R$ 36,73 (trinta e seis reais e setenta e três centavos) por consulta/sessão.
Exames/Serviços de Apoio Diagnóstico.	20% (vinte por cento) por exame.
Tratamentos/Procedimentos ambulatoriais.	20% (vinte por cento) por tratamento/procedimento.
Procedimentos de Reeducação e Reabilitação Física.	20% (vinte por cento) por sessão.

Plano MAX ADESÃO GLOBAL

Procedimentos	MAX ADESÃO GLOBAL
Procedimentos Especiais que devem estar de acordo com a cobertura estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e Diretrizes de Utilização (DUTs) da ANS, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, conforme elencados a seguir: Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD) ambulatoriais; Quimioterapia oncológica ambulatorial; 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; Radioterapia ambulatorial; Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial; Hemoterapia ambulatorial e Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.	20% (vinte por cento) por procedimento.
Internações hospitalares[1].	Valor fixo de R$ 262,35 (duzentos e sessenta e dois reais e trinta e cinco centavos) por internação do beneficiário.
Internações psiquiátricas[2].	40% (quarenta por cento) por dia de internação.
** Procedimentos Odontológicos de diagnóstico, Urgência e emergência, Prevenção em saúde bucal, Dentística, Periodontia, Endodontia, Cirurgia bucomaxilofacial em nível ambulatorial, Próteses e Radiologia.	20% (vinte por cento) por procedimento.

** Os valores informados poderão ser reajustados juntamente com o valor mensal do benefício.*
*** A cobrança de coparticipação odontológica se dará por procedimento e/ou por exame realizado, podendo o mesmo atendimento ensejar mais de uma coparticipação para o beneficiário.*
[1] Inclusive em regime assistencial de hospital-dia (que é indicado quando a permanência do beneficiário na unidade não requer um período maior que 12 horas).

Plano MAX ADESÃO GLOBAL

Aplicável a todas as especialidades médicas e independentemente da modalidade de internação e do prazo pelo qual o beneficiário deverá permanecer hospitalizado em cada evento.
[2] Inclusive em regime assistencial de hospital-dia, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, contínuos ou não, a cada período de 12 (doze) meses de vigência contratual.

03. REAJUSTE

3.1. 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 ao aniversário de cada beneficiário, ao ocorrer a mudança de faixa etária e conforme os percentuais máximos indicados a seguir:

Faixa etária	MAX ADESÃO GLOBAL
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	20,52%
De 24 a 28 anos	10,98%
De 29 a 33 anos	11,02%
De 34 a 38 anos	20,34%
De 39 a 43 anos	15,24%
De 44 a 48 anos	33,34%
De 49 a 53 anos	13,00%
De 54 a 58 anos	71,63%
59 anos ou mais	12,65%

Anexo III
Plano FLEX ADESÃO REFERÊNCIA I

Plano FLEX ADESÃO REFERÊNCIA I

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS 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

Flex Adesão Referência I

1.1.2. Código do plano

481.473/18-8

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.° 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 os seguintes Municípios: Alvorada, Cachoeirinha, Campo Bom, Canoas, Dois Irmãos, Estância Velha, Esteio, Gravataí, Ivoti, Novo Hamburgo, Portão, Porto Alegre, São Leopoldo, Sapiranga, Sapucaia do Sul e Viamão.

1.4. Segmentação assistencial

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

Plano FLEX ADESÃO REFERÊNCIA I

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

1.5. Acomodação em internação

A acomodação 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 o Plano Flex Adesão Referência I 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 e urgências obstétricas, fica garantida a cobertura, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do benefício.

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

Plano FLEX ADESÃO REFERÊNCIA I

1.6.1. REMOÇÃO

Será garantida a cobertura para a remoção apenas quando realizada por via terrestre e desde que justificada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano contratado previsto neste Manual.

A Operadora fica responsável pela remoção do beneficiário, para unidade de atendimento da rede do plano após a realização dos atendimentos, classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente beneficiário.

Nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às DLP, será garantida a remoção do beneficiário, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, para uma unidade integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

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.

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.

Plano FLEX ADESÃO REFERÊNCIA I

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. Coparticipação

Este plano possui o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas, exames e procedimentos. Abaixo, segue a tabela com os valores que serão cobrados por cada procedimento realizado:

COPARTICIPAÇÃO*	
Procedimentos	**FLEX ADESÃO REFERÊNCIA I[1]**
Consultas com os profissionais ou clínicas credenciadas, incluindo as consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo.	R$ 36,73 (trinta e seis reais e setenta e três centavos) por consulta/sessão.
Exames/Serviços de Apoio Diagnóstico.	20% (vinte por cento) por exame.
Tratamentos/Procedimentos ambulatoriais.	20% (vinte por cento) por tratamento/procedimento.
Procedimentos de Reeducação e Reabilitação Física.	20% (vinte por cento) por sessão.

Plano FLEX ADESÃO REFERÊNCIA I

Procedimentos	FLEX ADESÃO REFERÊNCIA I[1]
Procedimentos Especiais que devem estar de acordo com a cobertura estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e Diretrizes de Utilização (DUTs) da ANS, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, conforme elencados a seguir: Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD) ambulatoriais; Quimioterapia oncológica ambulatorial; 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; Radioterapia ambulatorial; Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial; Hemoterapia ambulatorial e Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.	20% (vinte por cento) por procedimento.
Internações hospitalares[2].	Valor fixo de R$ 262,35 (duzentos e sessenta e dois reais e trinta e cinco centavos) por internação do beneficiário.
Internações psiquiátricas[3].	40% (quarenta por cento) por dia de internação.

** Os valores informados poderão ser reajustados juntamente com o valor mensal do benefício.*
[1] Os beneficiários do Plano Flex Adesão Referência I poderão utilizar a Rede do plano MAX Adesão Global, exclusivamente para consultas médicas com o pagamento de coparticipação no valor de R$ 36,73 (trinta e seis reais e setenta e três centavos) por consulta.
[2] Inclusive em regime assistencial de hospital-dia (que é indicado quando a permanência do beneficiário na unidade não requer um período maior que 12 horas).
Aplicável a todas as especialidades médicas e independentemente da modalidade de internação e do prazo pelo qual o beneficiário deverá permanecer hospitalizado em cada evento.
[3] Inclusive em regime assistencial de hospital-dia, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, contínuos ou não, a cada período de 12 (doze) meses de vigência contratual.

Plano FLEX ADESÃO REFERÊNCIA I

03. REAJUSTE

3.1. 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 ao aniversário de cada beneficiário, ao ocorrer a mudança de faixa etária e conforme os percentuais máximos indicados a seguir:

Faixa etária	FLEX ADESÃO REFERÊNCIA I
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	20,52%
De 24 a 28 anos	10,98%
De 29 a 33 anos	11,01%
De 34 a 38 anos	20,35%
De 39 a 43 anos	15,24%
De 44 a 48 anos	33,35%
De 49 a 53 anos	13,00%
De 54 a 58 anos	71,56%
59 anos ou mais	12,70%

Anotações

Anotações

Anotações

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 credenciada da Doctor Clin 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 Doctor Clin ou a Qualicorp.

Doctor Clin

Qualicorp

Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) Doctor Clin

(51) 3584-0321

Central de Serviços Qualicorp

4004-4400
Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000
Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002
Todo o Brasil

Doctor Clin:
ANS nº 349682

Qualicorp Adm. de Benefícios:
ANS nº 417173

3.11.77.50.00001

C. fev/2020-00004 | I. fev/2020