

Manual do Beneficiário

Seguro de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão

PLANO DE SAÚDE
**COLETIVO
POR
ADESÃO**

Regulamentado pela
Agência Nacional de Saúde
Suplementar – ANS

Entenda como foi viabilizado o seu plano de saúde

COLETIVO POR ADESAO

BENEFICIÁRIO

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

OPERADORA

A Operadora é a pessoa jurídica que presta serviços ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência médico-hospitalar ou odontológica por meio do acesso a profissionais ou serviços de saúde, na forma estabelecida no contrato de adesão.

A Operadora deste plano de saúde é a MAPFRE Saúde, que conta com uma completa rede de médicos e hospitais de qualidade. A filosofia principal da MAPFRE Saúde é cuidar das pessoas e motivá-las a cuidarem melhor da sua saúde.

ENTIDADE

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

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

A Administradora de Benefícios é a pessoa jurídica contratada pela Entidade para atuar junto à Operadora na viabilização deste plano, prestando serviços de oferta, administração e relacionamento com o Beneficiário.

A Qualicorp é a Administradora de Benefícios que contratou este plano de saúde **COLETIVO POR ADESAO** com a MAPFRE Saúde, em convênio com a sua Entidade. A Qualicorp foi pioneira nesse mercado e hoje é a maior Administradora de Benefícios do Brasil, proporcionando acesso à saúde de qualidade e bem-estar a milhões de brasileiros.

Entenda o seu plano de saúde COLETIVO POR ADESÃO

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

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

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

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

NO PLANO COLETIVO POR ADESÃO,

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



NO PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR,

o plano é contratado isoladamente pelo beneficiário.



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



3.11.72.43.00002

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. 32
- 06.** Validação prévia de procedimentos _____ pág. 35
- 07.** Carências _____ pág. 37
- 08.** Cobertura parcial temporária _____ pág. 41
- 09.** Alterações cadastrais _____ pág. 44
- 10.** Pagamento _____ pág. 51
- 11.** Reajustes _____ pág. 54
- 12.** Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão
ao plano de saúde _____ pág. 56

Anexos

Anexo I: Plano Viva Bem - Básico Enf _____ pág. 61

Anexo II: Plano Viva Bem - Básico Apto _____ pág. 65

Anexo III: Plano Viva Equilíbrio - Intermediário Apto _____ pág. 69

Anexo IV: Plano Viva Tranquilo - Executivo Apto _____ pág. 73

Anexo V: Plano Viva Referência - Enf _____ pág. 77

Anotações _____ pág. 82

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 MAPFRE Saúde.

ALÉM DO PADRÃO DE QUALIDADE DA MAPFRE SAÚDE, 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 MAPFRE Saúde 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.

Central de Atendimento Pessoal*

São Paulo

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

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

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

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

Ouvidoria

www.qualicorp.com.br/ouvidoria

Redes Sociais

www.facebook.com/Qualicorp

Segunda a sexta: 8h às 17h

WhatsApp

(11) 4004-4400

Canal do cliente

www.qualicorp.com.br/canalcliente

24h por dia, 7 dias por semana.

APP

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



Baixe nosso aplicativo

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



02.

A contratação coletiva do plano de saúde

AS CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO CELEBRADO COM A MAPFRE SAÚDE 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 MAPFRE Saúde e destinado à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, conforme definido a seguir:

Operadora	MAPFRE Saúde Ltda. (ANS n.º 418951)
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.

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 convivente;
- filho(a) natural ou adotivo(a) solteiro(a) até completar 40 (quarenta) anos;
- filho(a) natural ou adotivo(a) comprovadamente inválido(a) de qualquer idade;
- enteado(a) solteiro(a) até completar 40 (quarenta) anos;
- enteado(a) comprovadamente inválido(a) de qualquer idade; e
- tutelado(a), curatelado(a) ou menor sob guarda judicial.

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 MAPFRE Saúde 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 MAPFRE Saúde 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

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

MAPFRE Saúde poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, seja pela MAPFRE Saúde 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, sendo que as autorizações prévias de procedimentos emitidas pela Operadora, deverão ser utilizadas neste período.

2.3. CATEGORIAS DE PLANOS

O benefício contratado é oferecido em 5 (cinco) categorias de planos diferentes (cuja 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
Viva Bem - Básico Enf	480.768/18-5
Viva Bem - Básico Apto	480.769/18-3
Viva Equilíbrio - Intermediário Apto	480.770/18-7
Viva Tranquilo - Executivo Apto	480.771/18-5
Viva Referência - Enf	481.022/18-8

ATENÇÃO

Os planos podem se diferenciar pela lista de prestadores credenciados pela MAPFRE Saúde, pela acomodação em caso de internação, pela segmentação assistencial e pelos valores de coparticipação. 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 CREDENCIADOS DA MAPFRE SAÚDE 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 CREDENCIADA

Para todos os planos previstos neste Manual, o beneficiário deverá observar os mecanismos de regulação, tanto assistenciais quanto financeiros.

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

A MAPFRE Saúde disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação virtual (a “Carteirinha Virtual”), via aplicativo, contendo as características básicas do plano contratado. O beneficiário poderá imprimir o Cartão de Identificação Virtual por meio do Portal: www.vivaseuplano.com.br. Excepcionalmente a Operadora poderá fornecer à Qualicorp o Cartão de Identificação de forma física, para ser entregue ao beneficiário.

Para realizar o atendimento, é obrigatória a apresentação do cartão de identificação virtual, acompanhado de um documento original de identidade legalmente reconhecido.

LISTA DE PRESTADORES CREDENCIADOS

A lista de prestadores credenciados disponibilizada pela MAPFRE Saúde, 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, observando-se os mecanismos assistenciais previstos neste capítulo.

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

Para consultar prestadores específicos, entre em contato com a MAPFRE Saúde, por meio dos telefones **4090-1104** (capitais e regiões metropolitanas) e **0800-062-7373** (demais regiões) ou acesse o site **www.vivaseuplano.com.br**.

3.2. MECANISMO DE REGULAÇÃO - ASSISTENCIAL

Os mecanismos de regulação assistenciais adotados para todos os planos constantes neste Manual são: porta de entrada e direcionamento.

Para utilização do benefício, o beneficiário deverá obrigatoriamente buscar previamente o Médico Dedicado para acessar toda cobertura garantida, e apenas este poderá realizar o encaminhamento/direcionamento ao Médico Especialista.

O Médico Dedicado é o profissional credenciado ao plano, de formação generalista, podendo ter especialidade em clínica médica, ginecologia/obstetrícia e pediatria, responsável pelo gerenciamento da saúde do beneficiário.

Os atendimentos de Urgência e Emergência estão excluídos desta regra.

Caso o Médico Dedicado entenda da necessidade do encaminhamento/direcionamento ao Médico Especialista, terá o beneficiário o prazo máximo de 30 (trinta) dias para utilizar o encaminhamento junto ao Médico Especialista indicado previamente pelo Médico Dedicado.

O Médico Especialista será responsável pelo tratamento das afecções específicas do beneficiário, respondendo às demandas do Médico Dedicado (referência e contra referência).

A partir do 31º (trigésimo primeiro dia) ou ao término da 02ª (segunda) consulta, o que ocorrer primeiro, deverá o beneficiário retornar ao Médico Dedicado para acompanhamento/avaliação e, caso necessário, emissão de novo direcionamento ao Médico Especialista.

Obrigatoriamente o beneficiário deve agendar uma consulta com um Médico Dedicado para que este o encaminhe ao Médico Especialista.

A regra supracitada não é aplicável para o agendamento com Médico Especialista na especialidade de Oftalmologia, situação na qual o beneficiário poderá acessá-lo sem a necessidade de consulta prévia com o Médico Dedicado e o respectivo direcionamento.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

As internações poderão ser requisitadas tanto pelo Médico Dedicado quanto pelo Médico Especialista, sendo o beneficiário acompanhado pelo Médico Assistente durante o período de internação.

Em casos determinados pela equipe médica gestora do plano, o Médico Auditor poderá se comunicar e avaliar o plano terapêutico previsto pela equipe responsável do Hospital.

Todos os atendimentos ambulatoriais realizados pelos beneficiários, por intermédio do Médico Dedicado, serão registrados em prontuário eletrônico. Essas informações alimentarão e permitirão o controle e readequação do perfil de risco do beneficiário.

O acesso ao prontuário eletrônico, e consequentemente as informações, será controlado e seguro, mediante login e senha e respeitando as regras de confidencialidade e sigilo médico, permitindo que todos os médicos da rede credenciada e a equipe médica gestora do plano possuam acesso as informações do paciente para o correto atendimento ao Beneficiário.

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, terapias, procedimentos e internações.

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. 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.

3.4. ATENDIMENTO PARA URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA FORA DA REDE CREDENCIADA

No caso de urgência ou emergência comprovada, ocorrida dentro da área de abrangência do plano contratado, o beneficiário poderá utilizar o atendimento de prestadores locais, não credenciados pela MAPFRE Saúde, 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 credenciado pela MAPFRE Saúde;
2. caso efetivamente a localidade não possua um prestador credenciado pela MAPFRE Saúde, dirija-se a um prestador 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. o reembolso poderá ser solicitado das seguintes formas:

PELA CENTRAL DE SERVIÇOS MAPFRE SAÚDE:

4090-1104 (Capitais e regiões metropolitanas)

0800-062-7373 (Demais regiões)

PELA QUALICORP:

O Reembolso poderá ser solicitado pelos Correios ou pessoalmente.

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

ATENÇÃO

Para saber mais sobre as regras para solicitação de reembolso, consulte o item 4.1.4.2. (“Reembolso exclusivamente em casos de urgência e emergência”) neste Manual.

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 ESTABELECIDADA NO CONTRATO, INDEPENDENTEMENTE DA CIRCUNSTÂNCIA E DO LOCAL DE OCORRÊNCIA DO EVENTO, PARA TODAS AS DOENÇAS DA *CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)*, DA *ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)*.

4.1. COBERTURA ASSISTENCIAL

- 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.
- Os 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 das ações de planejamento familiar que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento:
 - 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 a época do evento, respeitados os prazos de carência e de Cobertura parcial temporária (CPT), e a segmentação contratada.
- Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde,

da ANS, vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidente de trabalho.

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 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, respeitadas 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.

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 MAPFRE Saúde.

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, 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 esteja listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, à época do evento.

- Cobertura de consultas ou 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 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, 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).
- 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.

- Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:
 - a. medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI), conforme definido pela Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
 - b. medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.
- 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.
- 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 MAPFRE Saúde e Qualicorp, não cumulativos.

4.1.2. COBERTURA HOSPITALAR

- Cobertura de todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias.

ATENÇÃO

Nos casos das internações psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de vigência do contrato coletivo*, haverá coparticipação de 40% (quarenta por cento) do valor contratado entre a Operadora e o respectivo prestador de serviços de saúde.

** Contrato Coletivo firmado entre a MAPFRE Saúde e a Qualicorp.*

- 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 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 só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto fornecimento de medicação de manutenção; e
 - d. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

- i. os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente. Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.
- ii. as entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT).
- iii. são competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e II - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- iv. os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da RN n.º 259, de 17 de junho de 2011, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas 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 aos seguintes critérios:
 - a. que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - b. que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, respeitando-se a segmentação do plano contratado.
- Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados 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 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 do 60 (sessenta) anos de idade; e
 - c. pessoas com deficiência.
 - 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 e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.
 - 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 e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, observando-se: (i) em se tratando 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 de Saúde e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
 - 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.

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. 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 para a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

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

Urgência é o evento resultante de Acidentes Pessoais ou complicações no processo gestacional.

- Cobertura para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas do início de vigência do beneficiário no contrato.
- Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.
- Cobertura dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, durante o cumprimento dos períodos de carência, observando-se as seguintes peculiaridades:
 - caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e
 - caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias:
 - i. deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas;
 - ii. persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;

iii. uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da Operadora; e

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

- Atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, 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 Doenças ou lesões preexistentes (DLP).
- Atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

4.1.4.1. 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.
- 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.
- A Operadora fica responsável também pela remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas ou caracterizada a necessidade de internação.
- Nos casos em que o beneficiário necessitar de atendimento que ainda estiver cumprindo o prazo de carência ou nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e PAC

relacionados às DLP, será garantida a sua remoção, 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 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.

ATENÇÃO

As coberturas referidas no item 4.1.4. (“Emergências e urgências”) e 4.1.4.1. (“Remoção”) deste capítulo não se aplicam na íntegra para o plano Viva Referência - Enf. Para saber mais sobre a cobertura específica dessa categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

4.1.4.2. Reembolso exclusivamente em casos de urgência e emergência.

- A MAPFRE Saúde 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 credenciados pela Operadora, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano contratado.
- O reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência praticada pela MAPFRE Saúde junto à sua rede credenciada básica, vigente à data do evento a ser reembolsado. A Tabela de Referência inclui a fixação de preços para os honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos.

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, para pagamento de acordo com os limites estabelecidos neste item:
 - a. solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
 - b. relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;
 - c. conta hospitalar discriminando quantidade e tipo de materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
 - d. recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, com os respectivos CRM'S, discriminando funções e evento a que se referem;
 - e. comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e exame anátomo patológico decorrente de procedimento cirúrgico.
- Os beneficiários terão até 12 (doze) meses, contados da data de ocorrência do evento de urgência e emergência, para solicitar o reembolso, sob pena de prescrição desse direito, tal como determina o Código Civil.

ATENÇÃO

Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

05.

Exclusões de cobertura

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDAS DA COBERTURA DESTES PLANOS 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. Qualquer procedimento não previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 5.2. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 5.3. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- 5.4. Inseminação artificial;
- 5.5. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 5.6. Fornecimento de medicamentos e produtos importados não nacionalizados;
- 5.7. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não relacionados com o ato cirúrgico;
- 5.8. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 5.9. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 5.10. Transplantes, à exceção dos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 5.11. Aluguel de equipamentos hospitalares;
- 5.12. Cirurgia refrativa em desconformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, e suas Diretrizes de Utilização;
- 5.13. Serviços telefônicos, produtos de hotelaria, de higiene pessoal ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura de assistência à saúde;
- 5.14. Enfermagem em caráter particular, em regime hospitalar ou domiciliar;

05.

Exclusões de cobertura

- 5.15. Aparelhos ortopédicos não ligados ao ato cirúrgico tais como muletas, botas, tipoias etc;
- 5.16. Vacinas e autovacinas;
- 5.17. Exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- 5.18. Exames periódicos de qualquer natureza ou finalidade não solicitados pelo médico assistente e/ou cirurgião dentista;
- 5.19. Tratamentos odontológicos, exceto cirurgias bucomaxilofaciais e a estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar;
- 5.20. Tratamentos em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 5.21. Procedimentos, exames, tratamentos realizados fora da rede assistencial e da área geográfica de abrangência contratada, bem como realizados no exterior;
- 5.22. Despesas hospitalares extraordinárias, tais como artigos de hotelaria hospitalar, exceto produtos de toalete e higiene pessoal do paciente e do acompanhante, enfermagem em caráter particular em regime hospitalar, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura assistencial;
- 5.23. Despesas assistenciais não vinculadas diretamente à cobertura prevista neste Manual, bem como serviços realizados em desacordo com o disposto neste Manual ou nas normas da ANVISA ou ainda não previstos expressamente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;

05. Exclusões de cobertura

- 5.24. Consultas e internações domiciliares, inclusive *home care*;
- 5.25. Fornecimento de medicamento de manutenção para pacientes transplantados; e
- 5.26. Remoção por via aérea.

A REALIZAÇÃO DE TODOS OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS E DOS SERVIÇOS PREVISTOS NESTE MANUAL DEPENDERÃO DE VALIDAÇÃO PRÉVIA DA MAPFRE SAÚDE, MEDIANTE AVALIAÇÃO DO RELATÓRIO MÉDICO E DE DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

Para a realização dos procedimentos cobertos e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, é imprescindível que o beneficiário observe as regras dos mecanismos de regulação assistenciais, previstas neste Manual, no item 3.3. (“Mecanismos de Regulação - Assistencial”) sobretudo da necessidade de sempre buscar o Médico Dedicado para que este possa realizar os encaminhamentos e solicitações de validação prévia, salvo para os casos de urgência e emergência.

A validação prévia será concedida pela MAPFRE Saúde após análise das solicitações especificadas pelo Médico Assistente.

6.1. EXAMES E PROCEDIMENTOS

Para todos os exames e procedimentos será necessária a solicitação da validação prévia da Operadora.

6.2. INTERNAÇÕES

Para a realização de todos os tipos de internações, sejam elas: eletivas clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas, haverá a necessidade de solicitação de validação prévia.

ATENÇÃO

Os casos de urgência e emergência não necessitarão de prévia autorização através de senha, mas deverão ser comunicados à Operadora em até 48 (quarenta e oito) horas do início do atendimento.

6.3. REMOÇÕES

Não serão reembolsadas despesas de remoção sem a prévia validação da MAPFRE Saúde.

06.

Validação prévia de procedimentos (VPP)

ATENÇÃO

Em caso de dúvida quanto à necessidade de validação prévia, entre em contato com a Central de Serviços da MAPFRE Saúde.

COMO SOLICITAR VALIDAÇÃO PRÉVIA

Entre em contato com a Central de Serviços da MAPFRE Saúde, por meio dos seguintes telefones:

4090-1104 (regiões metropolitanas e capitais)

0800-0627373 (demais regiões)

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 MAPFRE Saúde 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 carências 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”).

Grupos de carência	Cobertura	Prazos de carências
Grupo 0	Atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais.	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 1	Consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose simples em regime externo e fonoaudiologia, exceto os serviços descritos nos grupos de carência subsequentes.	15 (quinze) dias
Grupo 2	Internações hospitalares e todos os demais procedimentos cobertos pelo contrato, exceto o descrito para o grupo de carência subsequente.	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 3	Parto a termo.	300 (trezentos) dias

07.

Carências

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, na forma disposta anteriormente, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela Operadora, será considerado para fins de aplicação de carência, o que segue:
 - a. caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou
 - b. caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.
- Não é possível a alegação de Doença ou lesão preexistente (DLP) quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar do nascimento, da guarda, tutela ou adoção. Após este prazo, poderá ocorrer arguição de DLP, bem como a imposição de Cobertura parcial temporária (CPT).

07. Carências

ATENÇÃO

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

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

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

Inclusão de recém-casado:

- Os recém-casados incluídos no plano em até 30 (trinta) dias do matrimônio ou da união estável, aproveitarão os prazos de carências já cumpridos pelo beneficiário titular.

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 MAPFRE Saúde no "Aditivo de Redução de Carências", que faz parte do Contrato de Adesão (a

07.

Carências

“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 MAPFRE Saúde, 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 MAPFRE Saúde.
- 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 MAPFRE Saúde.

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 MANUAL 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 assumo 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.

- 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.º 9.656/1998.
- Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do benefício, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao beneficiário.

A Operadora poderá oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao benefício; ou

A Operadora solicitará abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude. Instaurado o processo administrativo na ANS, à Operadora caberá o ônus da prova.

- A Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

08. Cobertura parcial temporária (CPT)

- 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 DO 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 CONVIVENTE:

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- b. Declaração de União Estável registrada em cartório;
- c. cópia do RG e do CPF do(a) convivente;
- 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);

09.

Alterações cadastrais

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) NATURAIS OU ADOTIVOS(AS), SOLTEIROS(AS), ATÉ COMPLETAREM 40 (QUARENTA) ANOS:

- 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 e, no caso de filhos(as) adotivos(as), somar cópia do termo de adoção e guarda.

9.5. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) NATURAIS OU ADOTIVOS(AS), COMPROVADAMENTE INVÁLIDOS(AS) DE QUALQUER IDADE:

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

09.

Alterações cadastrais

- 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. Certidão de Invalidez emitida pelo INSS;
- g. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de filhos(as) a partir de 8 (oito) anos, somar cópia do CPF e, no caso de filhos(as) adotivos, somar cópia do termo de adoção e guarda.

9.6. INCLUSÃO DE ENTEADO(A) SOLTEIRO(A) ATÉ COMPLETAR 40 (QUARENTA) ANOS:

- 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 Declaração de União Estável registrada em cartório;
- g. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

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

9.7. INCLUSÃO DE ENTEADO(A) COMPROVADAMENTE INVÁLIDO(A) DE QUALQUER IDADE:

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

09. Alterações cadastrais

- 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 Declaração de União Estável registrada em cartório;
- g. Certidão de Invalidez emitida pelo INSS;
- h. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

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

9.8. INCLUSÃO DE TUTELADO(A), CURATELADO(A) OU MENOR MENOR SOB GUARDA JUDICIAL:

- 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 do Termo da tutela, curatela ou de guarda judicial;
- g. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de tutelado(a), curatelado(a) ou menor sob guarda judicial, 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.

9.9. 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.

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

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

ATENÇÃO

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

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

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular, contendo o nome do

09.

Alterações cadastrais

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 de categoria superior e poderá ser realizada apenas no mês de Agosto.

A solicitação deverá ser feita até o dia 1.º (primeiro) de Julho e, desde que a solicitação seja realizada no prazo, a transferência passará a vigorar no mês de Agosto, observadas as seguintes regras:

Nas transferências para planos de categoria superior, os beneficiários deverão cumprir 180 (cento e oitenta) dias de carência para novas coberturas, rede credenciada específica do novo plano e novo padrão de acomodação em internação. Até o vencimento dessas novas carências, serão respeitadas as carências já cumpridas no plano anterior, de maneira que os beneficiários possam continuar usufruindo de todos os recursos do plano anterior.

ATENÇÃO

Não será permitida a transferência de beneficiário para plano de categoria inferior.

A possibilidade de transferência de plano, objeto do item 9.11. (“Transferência de plano”) deste Manual, não se aplica aos beneficiários do Plano Viva Referência - Enf.

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

PRAZO PARA ALTERAÇÕES CADASTRAIS

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

09.

Alterações cadastrais

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.

Excetua-se dos prazos indicados as solicitações de inclusão de novos beneficiários recém-nascidos ou adotados e recém-casados, se forem incluídos dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento, da adoção, do matrimônio 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 MAPFRE SAÚDE 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 MAPFRE Saúde. A falta de pagamento por parte do beneficiário seguirá as medidas previstas neste capítulo.

10.2. COMO FUNCIONA O DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA-CORRENTE

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

10. Pagamento

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

10.3. ALTERAÇÃO NA FORMA DE PAGAMENTO

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

10.4. ATRASO E INADIMPLÊNCIA

A falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do benefício 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 que poderá ser restabelecido, a critério da operadora, a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados.

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

10. Pagamento

Ocorrendo a exclusão do beneficiário por inadimplência, o retorno ao contrato 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 MAPFRE Saúde para a Qualicorp e, por conseguinte, da Qualicorp para os beneficiários. Os reajustes obedecem às apurações realizadas pela MAPFRE Saúde.

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 terá por base a variação dos Custos Médico-Hospitalares – VCMH (último disponível), acumulado no período de 12 (doze) meses consecutivos, apurado com uma antecedência de 2 (dois) meses em relação a data-base de aniversário, e na sua falta por outro índice que venha a substituí-lo, pactuado entre as partes.

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 a seguir:

Faixa Etária	VIVA BEM - BÁSICO ENF	VIVA BEM - BÁSICO APTO	VIVA EQUILÍBRIO - INTERMEDIÁRIO APTO	VIVA TRANQUILO - EXECUTIVO APTO	VIVA REFERÊNCIA - ENF
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
De 24 a 28 anos	24,00%	24,00%	24,00%	24,00%	24,00%
De 29 a 33 anos	22,58%	22,58%	22,58%	22,58%	22,58%
De 34 a 38 anos	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%
De 39 a 43 anos	2,63%	2,63%	2,63%	2,63%	2,63%
De 44 a 48 anos	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%
De 49 a 53 anos	17,20%	17,20%	17,20%	17,20%	17,20%
De 54 a 58 anos	35,68%	35,68%	35,68%	35,68%	35,68%
59 anos ou mais	47,80%	47,80%	47,80%	47,80%	47,80%

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 9.9. (“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 poderá ser restabelecido, a critério da operadora, 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 ADEÇÃO 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.

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

12.

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

Adesão (a “Proposta”), assim que a Qualicorp receber a definição do valor dessas mesmas despesas.

12.5. UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO BENEFÍCIO

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

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

- inexistência, inclusive quanto à data do nascimento, ou omissão nas declarações fornecidas no Contrato de Adesão (a “Proposta”) que tenham influído na sua aceitação pela Qualicorp ou tampouco na aceitação de qualquer pagamento previsto na Proposta.

- declarações incompletas, equivocadas, errôneas ou imprecisas quanto ao estado de saúde e/ou doenças declarados na Declaração de Saúde.
- fraude ou dolo.
- tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada pela Qualicorp, em nome da MAPFRE Saúde, na elucidação de um evento ou de suas respectivas despesas.
- inobservância das obrigações contratuais.

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 MAPFRE Saúde.

Anexo I

Plano Viva Bem - Básico Enf

Plano Viva Bem - Básico Enf

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 DESTES MANUAIS, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Viva Bem - Básico Enf

1.1.2. Código do plano

480.768/18-5

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os seguintes Municípios em São Paulo: Arujá, Barueri, Biritiba-Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu das Artes, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do

Plano Viva Bem - Básico Enf

Sul, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação 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 - 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, terapias, procedimentos e internações. Abaixo, segue a tabela com os valores que serão cobrados por cada procedimento realizado:

Item	Procedimento	Coparticipação em R\$
A	Consulta com o Médico Dedicado.	Não há coparticipação
B	Consulta em Oftalmologia.	R\$ 15,00 (quinze) reais
C	Consulta com Ortopedista, Otorrinolaringologista, Cirurgião, Psiquiatra e demais especialidades.	R\$ 15,00 (quinze) reais

Plano Viva Bem - Básico Enf

Item	Procedimento	Coparticipação em R\$
D	Exames Simples - exemplos: mamografia, papanicolau e análises clínicas ¹ .	Até R\$ 5,00 (cinco) reais
E	Exames Especiais - exemplos: endoscopia, ressonância, cintilografia e tomografia ¹ .	R\$ 30,00 (trinta) reais
F	Terapia Simples - exemplos: fisioterapia, fonoterapia, psicoterapia e acupuntura ¹ .	Até R\$ 5,00 (cinco) reais
G	Terapias de alta complexidade - exemplos: quimioterapia, radioterapia e hemoterapia ¹ .	R\$ 30,00 (trinta) reais
H	Internações eletivas e de urgência/emergência (clínicas ou cirúrgicas) ² .	R\$ 200,00 (duzentos) reais
I	Atendimento em Pronto Socorro.	R\$ 58,00 (cinquenta e oito reais)

¹ A relação completa de todos os exames e terapias que possuem coparticipação e a sua categoria, estão disponíveis no site www.vivaseuplano.com.br.

² Exceto para internações psiquiátricas que haverá coparticipação do beneficiário, no percentual de 40% (quarenta por cento) após o 30º dia de internação, conforme descrito neste Manual.

Os valores informados poderão ser reajustados juntamente com o valor mensal do benefício.

Anexo II

Plano Viva Bem - Básico Apto

Plano Viva Bem - Básico Apto

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

Viva Bem - Básico Apto

1.1.2. Código do plano

480.769/18-3

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os seguintes Municípios em São Paulo: Arujá, Barueri, Biritiba-Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu das Artes, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do

Plano Viva Bem - Básico Apto

Sul, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação 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 individual.

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO - 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, terapias, procedimentos e internações. Abaixo, segue a tabela com os valores que serão cobrados por cada procedimento realizado:

Item	Procedimento	Coparticipação em R\$
A	Consulta com o Médico Dedicado.	Não há coparticipação
B	Consulta em Oftalmologia.	R\$ 15,00 (quinze) reais
C	Consulta com Ortopedista, Otorrinolaringologista, Cirurgião, Psiquiatra e demais especialidades.	R\$ 15,00 (quinze) reais

Plano Viva Bem - Básico Apto

Item	Procedimento	Coparticipação em R\$
D	Exames Simples - exemplos: mamografia, papanicolau e análises clínicas ¹ .	Até R\$ 5,00 (cinco) reais
E	Exames Especiais - exemplos: endoscopia, ressonância, cintilografia e tomografia ¹ .	R\$ 30,00 (trinta) reais
F	Terapia Simples - exemplos: fisioterapia, fonoterapia, psicoterapia e acupuntura ¹ .	Até R\$ 5,00 (cinco) reais
G	Terapias de alta complexidade - exemplos: quimioterapia, radioterapia e hemoterapia ¹ .	R\$ 30,00 (trinta) reais
H	Internações eletivas e de urgência/emergência (clínicas ou cirúrgicas) ² .	R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta) reais
I	Atendimento em Pronto Socorro.	R\$ 58,00 (cinquenta e oito reais)

¹ A relação completa de todos os exames e terapias que possuem coparticipação e a sua categoria, estão disponíveis no site www.vivaseuplano.com.br.

² Exceto para internações psiquiátricas que haverá coparticipação do beneficiário, no percentual de 40% (quarenta por cento) após o 30º dia de internação, conforme descrito neste Manual.

Os valores informados poderão ser reajustados juntamente com o valor mensal do benefício.

Anexo III

Plano Viva Equilíbrio – Intermediário Apto

Plano Viva Equilíbrio – Intermediário Apto

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 DESTES MANUAIS, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Viva Equilíbrio – Intermediário Apto

1.1.2. Código do plano

480.770/18-7

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os seguintes Municípios em São Paulo: Arujá, Barueri, Biritiba-Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu das Artes, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do

Plano Viva Equilíbrio – Intermediário Apto

Sul, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

O padrão de 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 individual.

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO - 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, terapias, procedimentos e internações. Abaixo, segue a tabela com os valores que serão cobrados por cada procedimento realizado:

Item	Procedimento	Coparticipação em R\$
A	Consulta com o Médico Dedicado.	Não há coparticipação
B	Consulta em Oftalmologia.	R\$ 15,00 (quinze) reais
C	Consulta com Ortopedista, Otorrinolaringologista, Cirurgião, Psiquiatra e demais especialidades.	R\$ 15,00 (quinze) reais

Plano Viva Equilíbrio – Intermediário Apto

Item	Procedimento	Coparticipação em R\$
D	Exames Simples - exemplos: mamografia, papanicolau e análises clínicas ¹ .	Até R\$ 5,00 (cinco) reais
E	Exames Especiais - exemplos: endoscopia, ressonância, cintilografia e tomografia ¹ .	R\$ 30,00 (trinta) reais
F	Terapia Simples - exemplos: fisioterapia, fonoterapia, psicoterapia e acupuntura ¹ .	Até R\$ 5,00 (cinco) reais
G	Terapias de alta complexidade - exemplos: quimioterapia, radioterapia e hemoterapia ¹ .	R\$ 30,00 (trinta) reais
H	Internações eletivas e de urgência/emergência (clínicas ou cirúrgicas) ² .	R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta) reais
I	Atendimento em Pronto Socorro.	R\$ 98,00 (noventa e oito reais)

¹ A relação completa de todos os exames e terapias que possuem coparticipação e a sua categoria, estão disponíveis no site www.vivaseuplano.com.br.

² Exceto para internações psiquiátricas que haverá coparticipação do beneficiário, no percentual de 40% (quarenta por cento) após o 30º dia de internação, conforme descrito neste Manual.

Os valores informados poderão ser reajustados juntamente com o valor mensal do benefício.

Anexo IV

Plano Viva Tranquilo –

Executivo Apto

Plano Viva Tranquilo – Executivo Apto

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 DESTES MANUAIS, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Viva Tranquilo – Executivo Apto

1.1.2. Código do plano

480.771/18-5

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os seguintes Municípios em São Paulo: Arujá, Barueri, Biritiba-Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu das Artes, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do

Plano Viva Tranquilo – Executivo Apto

Sul, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação 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 individual.

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO - 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, terapias, procedimentos e internações. Abaixo, segue a tabela com os valores que serão cobrados por cada procedimento realizado:

Item	Procedimento	Coparticipação em R\$
A	Consulta com o Médico Dedicado.	Não há coparticipação
B	Consulta em Oftalmologia.	R\$ 15,00 (quinze) reais
C	Consulta com Ortopedista, Otorrinolaringologista, Cirurgião, Psiquiatra e demais especialidades.	R\$ 15,00 (quinze) reais

Plano Viva Tranquilo – Executivo Apto

Item	Procedimento	Coparticipação em R\$
D	Exames Simples - exemplos: mamografia, papanicolau e análises clínicas ¹ .	Até R\$ 5,00 (cinco) reais
E	Exames Especiais - exemplos: endoscopia, ressonância, cintilografia e tomografia ¹ .	R\$ 30,00 (trinta) reais
F	Terapia Simples - exemplos: fisioterapia, fonoterapia, psicoterapia e acupuntura ¹ .	Até R\$ 5,00 (cinco) reais
G	Terapias de alta complexidade - exemplos: quimioterapia, radioterapia e hemoterapia ¹ .	R\$ 30,00 (trinta) reais
H	Internações eletivas e de urgência/emergência (clínicas ou cirúrgicas) ² .	R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta) reais
I	Atendimento em Pronto Socorro.	R\$ 188,00 (cento e oitenta e oito reais)

¹ A relação completa de todos os exames e terapias que possuem coparticipação e a sua categoria, estão disponíveis no site www.vivaseuplano.com.br.

² Exceto para internações psiquiátricas que haverá coparticipação do beneficiário, no percentual de 40% (quarenta por cento) após o 30º dia de internação, conforme descrito neste Manual.

Os valores informados poderão ser reajustados juntamente com o valor mensal do benefício.

Anexo V

Plano Viva Referência - Enf

Plano Viva Referência - Enf

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 DESTES MANUAIS, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Viva Referência - Enf

1.1.2. Código do plano

481.022/18-8

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.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é Grupo de Municípios.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os seguintes Municípios em São Paulo: Arujá, Barueri, Biritiba-Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu das Artes, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista.

Plano Viva Referência - Enf

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é 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.

02. COBERTURA PARA EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

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

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

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

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 Viva Referência - Enf

2.1. 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 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 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.

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO - COPARTICIPAÇÃO

Este plano possui o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a parcela

Plano Viva Referência - Enf

financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas, exames, terapias, procedimentos e internações. Abaixo, segue a tabela com os valores que serão cobrados por cada procedimento realizado:

Item	Procedimento	Coparticipação em R\$
A	Consulta com o Médico Dedicado.	Não há coparticipação
B	Consulta em Oftalmologia.	R\$ 15,00 (quinze) reais
C	Consulta com Ortopedista, Otorrinolaringologista, Cirurgião, Psiquiatra e demais especialidades.	R\$ 15,00 (quinze) reais
D	Exames Simples - exemplos: mamografia, papanicolau e análises clínicas ¹ .	Até R\$ 5,00 (cinco) reais
E	Exames Especiais - exemplos: endoscopia, ressonância, cintilografia e tomografia ¹ .	R\$ 30,00 (trinta) reais
F	Terapia Simples - exemplos: fisioterapia, fonoterapia, psicoterapia e acupuntura ¹ .	Até R\$ 5,00 (cinco) reais
G	Terapias de alta complexidade - exemplos: quimioterapia, radioterapia e hemoterapia ¹ .	R\$ 30,00 (trinta) reais
H	Internações eletivas e de urgência/emergência (clínicas ou cirúrgicas) ² .	R\$ 200,00 (duzentos) reais
I	Atendimento em Pronto Socorro.	R\$ 98,00 (noventa e oito reais)

¹ A relação completa de todos os exames e terapias que possuem coparticipação e a sua categoria, estão disponíveis no site www.vivaseuplano.com.br.

² Exceto para internações psiquiátricas que haverá coparticipação do beneficiário, no percentual de 40% (quarenta por cento) após o 30º dia de internação, conforme descrito neste Manual.

Os valores informados poderão ser reajustados juntamente com o valor mensal do benefício.

Anotações

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

[illegible]

Anotações

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

USE BEM, USE SEMPRE

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

ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

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

ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO

- Após a realização de uma consulta, siga rigorosamente o tratamento e as prescrições do médico.
- É seu direito e dever conferir sempre se todos os procedimentos realizados foram devidamente discriminados.
- Nunca empreste sua carteirinha, sob pena de configuração de fraude.
- Em caso de necessidade de atendimento de urgência ou emergência, dirija-se ao pronto-socorro mais próximo que faça parte da rede credenciada da MAPFRE Saúde 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 MAPFRE Saúde ou a Qualicorp.

Central de Serviços
MAPFRE Saúde

4090-1104

Regiões metropolitanas e capitais

0800-0627373

Demais regiões

0800-2627373

SAC MAPFRE Saúde (24h)

Central de Serviços
Qualicorp

4004-4400

Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000

Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002

Todo o Brasil

MAPFRE Saúde:

ANS nº 418951

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 417173



3.11.72.43.00002

C. fev/2020-00005 | I. fev/2020