

Manual do Beneficiário

Plano de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão

PLANO DE SAÚDE
**COLETIVO
POR
ADESÃO**

Regulamentado pela
Agência Nacional de Saúde
Suplementar – ANS

Entenda como foi viabilizado o seu plano de saúde

COLETIVO POR ADEÇÃO

BENEFICIÁRIO

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

OPERADORA

A Operadora é a pessoa jurídica que presta serviços ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência médico-hospitalar ou odontológica por meio do acesso a profissionais ou serviços de saúde, na forma estabelecida no contrato de adesão. A Operadora deste plano de saúde é a Unimed Juiz de Fora, referência em saúde suplementar na região da Zona da Mata. Atuando desde 1972, tornou-se a segunda maior Unimed em Minas e entrou para a lista das 130 maiores empresas do Estado, com excelência reconhecida por todos os segmentos e pela sociedade.

ENTIDADE

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

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

A Administradora de Benefícios é a pessoa jurídica contratada pela Entidade para atuar junto à Operadora na viabilização deste plano, prestando serviços de oferta, administração e relacionamento com o Beneficiário. A Qualicorp é a Administradora de Benefícios que contratou este plano de saúde **COLETIVO POR ADEÇÃO** com a Unimed Juiz de Fora, 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.



Unimed Juiz de Fora:
ANS nº 306886



Qualicorp
Adm. de Benefícios:
ANS nº 417173

Entenda o seu plano de saúde

COLETIVO POR ADESÃO

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

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

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

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

NO PLANO COLETIVO POR ADESÃO,

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



NO PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR,

o plano é contratado isoladamente pelo beneficiário.



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

COLETIVO POR ADESÃO

O QUE É

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

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

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

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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

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

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

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

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

REAJUSTE ANUAL

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

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

INDIVIDUAL OU FAMILIAR

O QUE É

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

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

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

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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

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

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

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

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

REAJUSTE ANUAL

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

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

Prezado(a) Beneficiário(a)

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

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

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

Seja bem-vindo(a).

Qualicorp Administradora de Benefícios



3.11.69.42.00001

Sumário

CAPÍTULOS

01.	A Qualicorp Administradora de Benefícios _____	pág. 07
02.	A contratação coletiva do plano de saúde _____	pág. 10
03.	Formas de utilização do plano de saúde _____	pág. 13
04.	Coberturas e procedimentos garantidos _____	pág. 18
05.	Cobertura de saúde adicional _____	pág. 32
06.	Serviços adicionais _____	pág. 33
07.	Exclusões de cobertura _____	pág. 39
08.	Validação prévia de procedimentos _____	pág. 43
09.	Carências _____	pág. 44
10.	Cobertura parcial temporária _____	pág. 48
11.	Alterações cadastrais _____	pág. 51
12.	Pagamento _____	pág. 58
13.	Reajustes _____	pág. 61
14.	Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde _____	pág. 63

Anexos

Anexo I: Plano Completo Enfermaria Participativo Adesão _____ pág. 67

Anexo II: Plano Completo Apartamento Participativo Adesão _____ pág. 71

Anexo III: Plano Referência Coletivo por Adesão _____ pág. 75

Anotações _____ pág 79

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 Unimed Juiz de Fora.

ALÉM DO PADRÃO DE QUALIDADE DA UNIMED JUIZ DE FORA, AGORA VOCÊ CONTA COM O APOIO DA QUALICORP, ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS A PESSOAS JURÍDICAS PARA A VIABILIZAÇÃO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, COLETIVOS POR ADEÇÃO, À POPULAÇÃO 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 Unimed Juiz de Fora 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 UNIMED JUIZ DE FORA FORAM REDIGIDAS COM A OBSERVÂNCIA DO *CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO* (LEI N.º 10.406/02), DO *CÓDIGO DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR* (LEI N.º 8.078/90), DO *ESTATUTO DO IDOSO* (LEI N.º 10.741/03) E COM BASE NA LEI N.º 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 Unimed Juiz de Fora e destinado à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, conforme definido a seguir:

Operadora	Unimed Juiz de Fora Cooperativa de Trabalho Médico Ltda (ANS n.º 306886)
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.

Para todos os planos deste Manual, os serviços serão prestados pela Unimed Juiz de Fora,

através de seus médicos cooperados, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios ou contratados.

Quando os serviços não forem prestados pela Unimed Juiz de Fora, mas sim por uma cooperativa Unimed porventura existente onde encontrar-se o beneficiário, o atendimento será prestado sempre de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento local, conforme as condições contratuais do plano contratado pelo beneficiário.

2.1. BENEFICIÁRIOS

2.1.1. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO TITULAR

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

2.1.2. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

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

- Cônjuge ou companheiro(a), havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o(a) cônjuge, salvo por decisão judicial;*
- Filho(a) solteiro(a) até 30 (trinta) anos completos;*
- Filho(a) incapaz de qualquer idade;*
- Enteadado(a) solteiro(a) até 30 (trinta) anos completos;*
- Neto (a) solteiro(a) até 24 (vinte e quatro) anos completos;*
- Menor de idade que, por determinação judicial, esteja sob a guarda ou tutela do beneficiário titular.*

**Superadas as condições de adesão (exemplos: extinção da guarda ou tutela etc.), será analisada a possibilidade de permanência do(a) dependente no benefício.*

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

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

2.3. CATEGORIAS DE PLANOS

O benefício contratado é oferecido em 3 (três) categorias de planos diferentes (cujas características estão detalhadas nos anexos deste Manual), conforme indicado nas opções do Contrato de Adesão (a “Proposta”), a saber:

Categoria de plano	Código da ANS
Completo Enfermaria Participativo Adesão	463.602/10-3
Completo Apartamento Participativo Adesão	463.603/10-1
Referência Coletivo por Adesão	463.586/10-8

ATENÇÃO

Os planos também se diferenciam pela sua segmentação assistencial, seu padrão de acomodação em caso de internação e coparticipação financeira. Para conferir as informações específicas da sua categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

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

3.1. ATENDIMENTO NA REDE COOPERADA E CREDENCIADA DA UNIMED JUIZ DE FORA

Disponível para todos os planos

A Unimed Juiz de Fora coloca à disposição do beneficiário uma rede cooperada e credenciada de prestadores de serviços médicos. Nesses estabelecimentos, o atendimento não demanda, por parte do beneficiário, nenhum tipo de pagamento ao prestador escolhido.

Para utilizar corretamente o plano de saúde, tenha sempre em mãos o *Guia Médico* da Unimed Juiz de Fora e o seu cartão de identificação personalizado.



CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

A Unimed Juiz de Fora disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação personalizado com prazo de validade, cuja apresentação será mediante biometria de impressão digital.

Se, em determinadas condições, não for possível a identificação da biometria, o atendimento será prestado mediante a apresentação do cartão individual de identificação acompanhado de documento de identidade oficialmente reconhecido.

Em caso de extravio, comunique-o imediatamente à Qualicorp, pelos telefones indicados neste Manual.

3.1.1. MECANISMO DE REGULAÇÃO

Alguns planos apresentados neste Manual possuem o mecanismo de regulação coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que ele e/ou seu(s) beneficiário(s) dependente(s) realizar(em) determinados procedimentos.

Para saber os procedimentos que possuem Coparticipação, bem como o percentual e valores, consulte o item 2 (“Mecanismo de regulação”) do “Anexo” referente à sua categoria de plano, neste Manual.



GUIA MÉDICO

É fornecido ao beneficiário titular um exemplar do *Guia Médico*, de responsabilidade da Operadora, do qual constam os serviços médicos cooperados e credenciados da Operadora em sua área de abrangência.

3.1.2. COMO REALIZAR CONSULTAS

1. Consulte o *Guia Médico* da Unimed Juiz de Fora e escolha o prestador cooperado ou credenciado, de acordo com a disponibilidade do seu plano;
2. Ligue para o prestador e agende a data do atendimento;
3. No dia marcado, dirija-se ao local de atendimento, munido de seu cartão de identificação válido Unimed Juiz de Fora e de sua cédula de identidade (RG).
4. A Unimed Juiz de Fora disponibiliza o agendamento online de consulta, que poderá ser realizado através do site **www.unimedjf.coop.br**.

3.1.3. COMO REALIZAR EXAMES

1. Consulte o *Guia Médico* da Unimed Juiz de Fora e escolha o laboratório credenciado, de acordo com a disponibilidade do seu plano;
2. Tendo em mãos a solicitação do prestador, verifique a necessidade de validação prévia da Operadora para a realização do procedimento, informando o local onde será feito o exame;
3. No dia marcado, dirija-se ao local do atendimento, munido da autorização para os exames, se necessário, além de seu cartão de identificação válido Unimed Juiz de Fora e de sua cédula de identidade (RG).

ATENÇÃO

Salienta-se que a realização de exames está condicionada à validação prévia da Unimed Juiz de Fora, excetuando-se apenas alguns casos de exames simples.

Para conhecer as regras gerais de validação prévia de exames, consulte o item 8.1. ("Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia") deste Manual.

3.1.4. COMO REALIZAR INTERNAÇÕES E CIRURGIAS ELETIVAS

1. Junto com o seu médico, escolha o hospital credenciado, de acordo com a disponibilidade do seu plano. Definido o hospital, o médico cooperado assistente entregará a você o Pedido de Internação devidamente preenchido;
2. Entregue o Pedido de Internação diretamente à Unimed Juiz de Fora, para obter a Guia de Internação;
3. No dia marcado, dirija-se ao hospital, munido da Guia de Internação e também de seu cartão de identificação válido Unimed Juiz de Fora e de sua cédula de identidade (RG).

ATENÇÃO

Salienta-se que todas as internações e/ou cirurgias dependem de validação prévia por parte da Unimed Juiz de Fora. Para conhecer as regras gerais de validação prévia, consulte o capítulo 8 ("Validação prévia de procedimentos") deste Manual.

3.1.5. COMO OBTER ATENDIMENTO EM CASO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

Procure o pronto-socorro ou hospital credenciado mais próximo disponível para o seu plano. Para auxílio, consulte o *Guia Médico* da Unimed Juiz de Fora ou entre em contato com a Unimed Juiz de Fora, pelo telefone **0800-030-1166**.

1. Dirija-se ao local do atendimento, munido de seu cartão de identificação válido Unimed Juiz de Fora e de sua cédula de identidade (RG). Mantenha o seu cartão de identificação sempre com você.

No caso de internação de urgência ou emergência, o hospital deverá encaminhar o Pedido de Internação, devidamente preenchido pelo médico, para o Serviço de Atendimento ao Cliente da Unimed Juiz de Fora.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

3.2. ATENDIMENTO NA REDE DAS DEMAIS COOPERATIVAS DO SISTEMA NACIONAL UNIMED

O Sistema Nacional Unimed é o conjunto de todas as cooperativas de trabalho médico Unimed, Pessoas Jurídicas entre si, com autonomia administrativa, comercial e financeira. A Unimed Juiz de Fora é uma das cooperativas integrantes do Sistema Nacional Unimed.

O atendimento aos beneficiários do contrato coletivo, na rede cooperada e credenciada do Sistema Nacional Unimed, será feito apenas em casos de urgências e emergências e de acordo com as condições e os limites contratuais de cada plano, sempre em conformidade com os recursos técnicos de que a respectiva cooperativa disponha para a assistência médica e hospitalar.

Para utilizar corretamente o Sistema Nacional Unimed, tenha sempre em mãos o seu cartão de identificação personalizado.

ATENÇÃO

O atendimento aos beneficiários fora da área de abrangência da Unimed Juiz de Fora será realizado pelas demais cooperativas pertencentes ao Sistema Nacional Unimed, de acordo com as condições e os limites contratuais de cada plano. O beneficiário também deve respeitar, em todos os casos de atendimento fora da área de abrangência da Unimed Juiz de Fora, as regras operacionais e de atendimento da Unimed da localidade.

3.3. ATENDIMENTO PARA URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, FORA DO SISTEMA NACIONAL UNIMED

Disponível para todos os planos

No caso de urgência ou emergência comprovada, ocorrida em localidades onde não existam prestadores do Sistema Nacional Unimed, dentro da área de abrangência do plano contratado, o beneficiário poderá utilizar o atendimento de prestadores locais, não pertencentes ao Sistema Nacional Unimed, 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, verifique se a localidade em que você estiver não possui nenhum prestador pertencente ao Sistema Nacional Unimed;
2. Caso efetivamente a localidade não possua um prestador pertencente ao Sistema Nacional Unimed, 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. Para saber mais sobre o reembolso, exclusivamente nos casos de urgência e emergência, consulte o item 4.1.4. ("Emergências e urgências") deste Manual.

ATENÇÃO

Em todos os planos deste contrato coletivo, exclusivamente em casos de urgência ou emergência comprovada, ocorrida em localidades onde não existam prestadores médicos cooperados da Operadora, prestadores credenciados pela Operadora e/ou prestadores médicos do Sistema Nacional Unimed, dentro da área de abrangência do plano contratado, o beneficiário poderá utilizar o sistema de reembolso parcial de despesas médicas, assim considerados aqueles que impliquem risco imediato de vida, de lesões irreparáveis ou de complicações no processo gestacional, e como tal declarados pelo médico assistente do beneficiário.

A Unimed Juiz de Fora não se responsabiliza pelo reembolso de nenhum serviço utilizado fora daqueles pertinentes a este contrato coletivo e adequados ao plano em que estiver inscrito o beneficiário, quer os serviços de natureza médica e hospitalar, quer os exames complementares e serviços auxiliares de diagnose.

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

4.1. COBERTURA ASSISTENCIAL

- Os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviço de saúde.
- A Unimed Juiz de Fora cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Manual, aos beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Manual, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da Operadora, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.
- 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.

- Cobertura de todos os eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesista, caso haja indicação clínica;
- Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;
- Cobertura de taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- Cobertura de procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente na data do evento;
- Cobertura de remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:
 - I. o atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
 - II. haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas;
 - III. haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as

Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.

Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

4.1.1. 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 assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;
- Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;
- Cobertura de consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;
- Cobertura de consultas / sessões 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, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

- Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- Cobertura de hemodiálise e diálise peritonial (CAPD);
- Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento), conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades 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, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, em vigor à época do evento;
- Cobertura de procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- Cobertura de procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze)

horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

- Cobertura de hemoterapia ambulatorial;
- Cobertura de cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

4.1.2 COBERTURA HOSPITALAR

- Cobertura de internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitados pelo médico assistente;

ATENÇÃO

Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, haverá coparticipação no valor de R\$ 56,90 (cinquenta e seis reais e noventa centavos) por dia sobre as despesas hospitalares e os honorários médicos de internação, observados os tetos dos normativos editados pela Agência Nacional de Saúde, vigentes à época da contratação, quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 1 (um) ano de vigência do beneficiário.

- Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, e alimentação;
- Cobertura de atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:
 - I. o atendimento deverá ocorrer 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,
 - II. no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar;

- Cobertura de exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- Cobertura de remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;
- Cobertura de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, beneficiário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou beneficiário com deficiência, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- Cobertura de órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento:
 - I. cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS;
 - II. o profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha a critério da Operadora;
 - III. em caso de divergência 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;
 - IV. o profissional requisitante pode recusar até 03 (três) nomes indicados pela Operadora para composição da junta médica;

- Cobertura de procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, para a segmentação hospitalar, 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 de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

- I. 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 beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
 - 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 na cobertura hospitalar;
- Cobertura de 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;

c. medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, em vigor à época do evento;

d. radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

e. hemoterapia;

f. nutrição parenteral ou enteral;

g. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

h. embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

i. radiologia intervencionista;

j. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

k. procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

- Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- Cobertura de transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no

que couber:

I. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

II. medicamentos utilizados durante a internação;

III. acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), 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 medicamentos de manutenção;

IV. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS);

- Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente;
 - I. as entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT);
 - II. são competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor;

ATENÇÃO

As despesas assistenciais com doadores vivos, referidas acima, somente serão cobertas pela Operadora quando o candidato ao transplante de órgão for beneficiário da Operadora.

O beneficiário candidato a transplante de órgão proveniente de doador-cadáver deverá obrigatoriamente estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação vigente.

4.1.3 COBERTURA OBSTÉTRICA

- Cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- Cobertura de acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.
- Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

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.

4.1.4. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

Atendimentos caracterizados como de urgência e emergência de acordo com a legislação em vigor.

- É obrigatória por parte da Operadora a cobertura do atendimento nos casos de:
 - I. urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações

no processo gestacional; e

II. emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

- A Operadora garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.
- A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja à necessidade de internação, por período inferior, para:
 - I. os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;
 - II. os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e
 - III. os casos em que houver acordo de Cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças ou lesões preexistentes (DLP).
- Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.
- A remoção do paciente será garantida pela Operadora nas seguintes hipóteses:
 - I. para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
 - II. para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir à necessidade de internação.

- À Operadora caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- Quando não puder haver remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Operadora desse ônus.
- A Operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a Operadora desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
- Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, 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.

4.1.4.1. Reembolso exclusivamente em casos de urgência e emergência

Estará assegurado o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela Unimed Juiz de Fora, de acordo com a relação de preços dos serviços médicos e hospitalares praticados.

O valor do reembolso nas urgências e emergências não poderá ser inferior ao praticado junto à sua rede de prestadores.

O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega, pelo beneficiário, da documentação.

O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso.

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

4.1.4.2. Documentos necessários para reembolso de despesas

Para solicitar o reembolso de despesas médico-hospitalares, nos casos de urgência e emergência previstos neste Manual, o beneficiário deverá apresentar à Unimed Juiz de Fora documentos comprobatórios do atendimento prestado, acompanhados do formulário de solicitação. Os principais documentos e informações necessários para solicitar o reembolso de despesas são os seguintes:

- a. solicitação de reembolso, feita em formulário próprio;
- b. relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, tratamento e justificativa dos procedimentos realizados, a data do atendimento, e, quando for o caso, o período de permanência no hospital e a data da alta hospitalar ou óbito; o tempo de permanência na UTI adulto ou neonatal;
- 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 CRMs, discriminando funções e o evento a que se referem;
- e. comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia e aos serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
- f. dados bancários do beneficiário.

Ocorrendo a internação ou utilização do beneficiário em rede não credenciada, o fato deverá ser comunicado à Unimed Juiz de Fora, no prazo máximo de 03 (três) dias úteis, pelo beneficiário ou por seu representante legal.

ATENÇÃO

Para todos os itens deste capítulo, deverão ser observadas as carências descritas no capítulo 9 (“Carências”) deste Manual. Para Procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados a Doenças ou lesões preexistentes (DLP) informadas na Declaração de Saúde, deverá ser observado o capítulo 10 (“Cobertura parcial temporária”) deste Manual.

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

05.

Cobertura de saúde adicional

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS NA LEI 9.656/98, ESTE PLANO DE SAÚDE OFERECE A SEGUINTE COBERTURA DE SAÚDE ADICIONAL*, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO.

** Uma vez cancelado o plano de saúde, a respectiva cobertura de saúde adicional também será cancelada.*

5.1. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO PELO SISTEMA UNIMED

Nas situações de urgência ou emergência ocorridas fora da área de abrangência da Unimed Juiz de Fora, porém dentro do território nacional, a assistência médica e hospitalar será prestada aos beneficiários através de uma das demais cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, de acordo com:

- A estrutura física da UNIMED prestadora do atendimento;
- A oferta de prestadores e cooperados para atendimento por intercâmbio entre as UNIMED's;
- Normas de atendimento e autorização da UNIMED prestadora.

Nesses casos, o beneficiário deverá entrar em contato com a Unimed Juiz de Fora, que fornecerá prontamente as informações necessárias à realização do atendimento. O telefone da Unimed Juiz de Fora é 0800-030-1166.

Estão cobertos os atendimentos em casos de urgência ou emergência, realizados na rede médica cooperada ou credenciada das demais cooperativas do Sistema Nacional Unimed, em todos os planos deste contrato coletivo, respeitados as condições e os limites contratuais de cada plano.

ATENÇÃO

São considerados como atendimentos de urgência ou emergência aqueles que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, bem como as complicações no processo gestacional. A urgência ou emergência deve, obrigatoriamente, ser devidamente caracterizada na declaração do médico cooperado assistente do beneficiário.

06. Serviços adicionais

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS NA LEI 9.656/98, ESTE PLANO DE SAÚDE OFERECE OS SEGUINTE SERVIÇOS ADICIONAIS* CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO.

** Uma vez cancelado o plano de saúde, o respectivo serviço adicional também será cancelado.*

6.1. SOS - ASSISTÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR

- O serviço de Assistência Médica Pré-Hospitalar consiste na prestação de serviços de remoção terrestre do beneficiário até um prestador credenciado para atendimento e será prestado continuamente 24 (vinte e quatro) horas do dia, com acompanhamento médico e os recursos que se fizerem necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente beneficiário quando efetuado o registro no estabelecimento de saúde de destino.
- O serviço de assistência médica pré-hospitalar será efetuado exclusivamente nas seguintes hipóteses:

a. nos casos de quadros clínicos agudos e súbitos, não habituais ao paciente e que impossibilitem a ida ao seu médico assistente e que caracterizam urgência, tais como: asma moderada com piora progressiva, mesmo após a administração dos medicamentos habituais; cólica biliar; cólica nefrética; crises hipertensivas; dores abdominais intensas, dores de cabeça súbitas e fortes e hipertemia, que não se aliviam com remédios habituais; ferimentos profundos ou múltiplos; fraturas sem ruptura de pele ou perda de consciência, mas com dor intensa e dificuldade de movimentação; quadros de hipotensão arterial; tonturas intensas com perda súbita do equilíbrio ou sonolência; vômitos repetidos, além de todo e qualquer quadro clínico que a critério médico requeira atendimento em breve e se apresente com características que impossibilitem a ida ao próprio médico.

b. nos casos de quadros clínicos agudos que impliquem em risco de vida ou requeiram o atendimento do paciente e que caracterizem emergência, tais como: afogamentos; anafilaxia; cardiovasculares (parada cardiorrespiratória, infarto agudo do miocárdio, angina “pectoris”, edema agudo do pulmão, arritmias e acidente vascular cerebral); choques elétricos; comas metabólicos; intoxicações graves; neurológicos (síncope,

06. Serviços adicionais

convulsão, coma); politraumatismos graves; respiratórios (insuficiência respiratória aguda, crise asmática), e toda outra situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais.

- A Operadora se responsabilizará somente pelo transporte do paciente beneficiário dentro do perímetro urbano de Juiz de Fora.
- Não é de responsabilidade da Operadora toda e qualquer consequência danosa ao paciente beneficiário decorrente do tratamento, atos e procedimentos médicos a ele ministrados por terceiros não vinculados aos serviços do SOS, desde o acolhimento pela equipe médica da Operadora até a entrega no destino escolhido pelos responsáveis e/ou familiares.
- O beneficiário, bem como seus responsáveis e/ou familiares, deverão informar ao médico da Operadora se o paciente beneficiário a ser transportado é portador de doença infectocontagiosa, a fim de preparar a equipe e os profissionais de saúde para a adequação dos meios para a realização de procedimentos de isolamento, proteção e conduta.
- Está excluído da cobertura deste benefício, o beneficiário que:
 - a. apresentar estado de coma irreversível;
 - b. apresentar quadro sem possibilidades terapêuticas (fase terminal);
 - c. tenha sido submetido a atos médicos experimentais em desacordo com o código brasileiro de deontologia médica- código de ética médica;
 - d. apresentar lesões decorrentes de atos voluntários ou tentativas de suicídio, e apresentar uso de bebidas alcoólicas;
 - e. apresentar uso voluntário de drogas ilícitas;
 - f. venha solicitar o serviço para hemodiálise de rotina periódica programada ou exames complementares ao diagnóstico.

06.

Serviços adicionais

PARA SOLICITAR O SERVIÇO ADICIONAL – SOS – ASSISTÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR:

Para requerer a condição do SOS - Assistência médica pré-hospitalar, é necessário solicitar diretamente à Central de Atendimento 24 horas da Unimed Juiz de Fora, através do telefone abaixo:

Central de Atendimento 24 horas da Unimed Juiz de Fora: **0800-777-2255**

A solicitação do serviço deverá ser feita pelo beneficiário titular e/ou dependente, ou por pessoa que deverá prestar as informações necessárias para o serviço, que deverão ser registradas, priorizando-se os casos de maior urgência/emergência/gravidade.

6.2. ASSISTÊNCIA AEROMÉDICA - TRANSPORTE AEROMÉDICO

- O serviço de Assistência Aeromédica - Transporte Aeromédico consiste na prestação de serviços de remoção aérea do beneficiário até um prestador credenciado para atendimento e será prestado continuamente 24 (vinte e quatro) horas do dia, com acompanhamento médico e os recursos que se fizerem necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente beneficiário quando efetuado o registro no estabelecimento de saúde do destino.
- A utilização dos serviços contratados está condicionada a que sua solicitação seja feita, exclusivamente, pelo médico assistente do paciente beneficiário, após o cumprimento do período de carência de 60 (sessenta) dias a partir da data de vigência do beneficiário.
- Os transportes aeromédicos serão efetuados exclusivamente nas seguintes hipóteses:
 - a. inter-hospitalares, ou seja, de um hospital de menos recursos para outro mais próximo, com mais recursos, por estrita indicação médica e necessidade absoluta e premente da utilização de tais recursos, não existentes no hospital onde se encontra desde que a distância entre eles seja sempre superior a 50 (cinquenta) quilômetros;
 - b. retorno ao local de domicílio, quando o quadro clínico permitir e existirem reais benefícios à recuperação do paciente beneficiário, sob restrita indicação médica, havendo absoluta imposição técnica para o transportado em aeronave UTI, estando

06. Serviços adicionais

impedido de retornar por outros meios de transporte, desde que o destino seja sempre superior a 50 (cinquenta) quilômetros.

- Caberá autorização para remoção aérea dos seguintes casos de atendimento:

Abdome agudo inflamatório; Abdome agudo obstrutivo; Acidente vascular cerebral hemorrágico; Acidente vascular cerebral isquêmico; Aneurisma abdominal; Aneurisma cerebral não roto; Aneurisma torácico; Bloqueio átrio-ventricular total; Cetoacidose diabética; Choque cardiogênico; Coma hiperosmolar não-cetótico; Complicações de prematuridade; Edema agudo de pulmão; Embolia pulmonar; Endocardite aguda; Grandes queimaduras; Hemorragia digestiva grave; Insuficiência renal aguda; Insuficiência respiratória aguda; Pericardite aguda; Pneumotórax adrenado; Politrauma; Seps; Síndrome coronariana aguda; Trauma de abdome; Trauma de tórax; Traumatismo crânioencefálico; Traumatismo raqui-medular.

- Caberão aos responsáveis pelo paciente beneficiário, a escolha de hospital credenciado pela Operadora, para onde o mesmo será transportado, reservando a respectiva vaga hospitalar, responsabilizando-se por eventuais acertos, entrega de guias de internação e condições impostas pelo hospital escolhido.
- O hospital escolhido pelos responsáveis do paciente beneficiário e para onde o mesmo será transportado através deste serviço, deverá ser o mais próximo do local do evento onde se configurou a urgência, desde que tenha os recursos necessários ao atendimento que será realizado.
- Caberá à Operadora a responsabilidade pelo transporte terrestre do paciente beneficiário da aeronave ao hospital de destino, na Capital Federal ou em todas as capitais dos estados brasileiros. Nas demais localidades este transporte será de responsabilidade do beneficiário.
- Em situações críticas e especiais, decorrentes de piora clínica do paciente beneficiário, deterioração das condições de navegabilidade e/ou atmosféricas, defeito da aeronave e/ou toda e qualquer situação que impeça a chegada ao destino pretendido, fica autorizada à tripulação aeromédica, o médico e a equipe de enfermagem a bordo, deslocar o paciente beneficiário ao local mais adequado, que atenda às condições do paciente, ao pouso seguro e a segurança de voo.

06.

Serviços adicionais

- Em caso de óbito do paciente beneficiário, ocorrido quando ainda estiver sob a responsabilidade técnica da empresa de transporte aeromédico prestadora dos serviços, poderá a equipe médica assistente encaminhar o falecido ao Serviço de Verificação de Óbito - Instituto Médico Legal - para expedição do competente atestado de óbito, quando houver qualquer situação que respalde legal, ética ou tecnicamente tal ação.
- Nos casos em que, após a chegada ao local onde se encontra o paciente beneficiário a equipe médica da Operadora, constatar que as suas condições clínicas/cirúrgicas divergem das informações anteriormente prestadas, quando a solicitação de voos e contatos posteriores, ou que o paciente beneficiário, por quaisquer outras circunstâncias, não apresenta condição para remoção aérea, ou que há plena condição para o tratamento naquele local, o voo não se efetivará.

6.3. DISPOSIÇÕES COMUNS DOS SERVIÇOS ADICIONAIS “SOS – ASSISTÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR” E “ASSISTÊNCIA AEROMÉDICA – TRANSPORTE AEROMÉDICO”

- Não é de responsabilidade da Operadora todo e qualquer tipo de complicação, agravamento, piora, comprometimento do quadro clínico, aumento de morbidade, danos, sequelas, lesões e óbito de pacientes beneficiários decorrentes da solicitação feita tardiamente, ou cuja informação à Central de Atendimento 24 horas da Operadora se fez de forma parcial, imprecisa, tendenciosa, pouco clara ou com a omissão de fatos e dados relevantes ao quadro clínico.
- Não é de responsabilidade da Operadora todo e qualquer comprometimento, dano, piora, agravamento, complicação do quadro clínico, sequelas e óbito do paciente beneficiário, em decorrência de todo e qualquer tipo de transporte até o hospital não efetuado pela Operadora.
- A utilização dos serviços SOS - Assistência Médica pré-hospitalar e Assistência Aeromédica – Transporte Aeromédico, pressupõe a autorização explícita por parte do beneficiário titular e/ou dependente, além dos seus responsáveis e/ou familiares,

06. Serviços adicionais

para executar todo e qualquer ato e/ou procedimento médico, inclusive intervenção cirúrgica, tratamento e/ou uso de medicamentos, hemoderivados e substâncias de uso na medicina, adequados e recomendados para o tratamento do paciente beneficiário para a boa condução de seu caso clínico/cirúrgico, não cabendo a execução de qualquer ato em desacordo com o Código Brasileiro de Deontologia Médica - Código de Ética Médica, pela equipe de profissionais médicos e de enfermagem da Operadora e nem a cobertura de assistência médica pré-hospitalar, em caráter de urgência e emergência para os usuários submetidos voluntariamente a tais atos.

- A Operadora, bem como as empresas de transporte terrestre e aeromédico, no caso de óbito do paciente beneficiário não tem responsabilidade com providências e/ou com despesas de traslado, urna funerária, embalsamento, sepultamento etc.

07.

Exclusões de cobertura

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDAS DA COBERTURA DESTES PLANOS DE SAÚDE COLETIVO AS DESPESAS A SEGUIR RELACIONADAS:*

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

- 7.1. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da Operadora sem atendimento às condições previstas neste Manual;
- 7.2. Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;
- 7.3. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) (uso off-label);
- 7.4. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- 7.5. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- 7.6. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza, exceto as previstas na regulamentação vigente;
- 7.7. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

- 7.8. Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente na data do evento;
- 7.9. Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- 7.10. Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente na data do evento para a segmentação Hospitalar e Referência;
- 7.11. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- 7.12. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 7.13. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- 7.14. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 7.15. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

07.

Exclusões de cobertura

- 7.16. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- 7.17. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- 7.18. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente na data do evento;
- 7.19. Aparelhos ortopédicos;
- 7.20. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 7.21. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Manual;
- 7.22. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, pessoas com deficiência, nos termos definidos neste Manual;
- 7.23. Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Manual;
- 7.24. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente Manual;
- 7.25. Estadia de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- 7.26. Cirurgia para mudança de sexo;
- 7.27. Avaliação pedagógica;

07.

Exclusões de cobertura

- 7.28. Orientações vocacionais;
- 7.29. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 7.30. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- 7.31. Remoção domiciliar;
- 7.32. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 7.33. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- 7.34. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

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

8.1. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA

Não estarão sujeitos à validação prévia as consultas médicas e os exames básicos de análises clínicas, citopatologia, ecocardiograma uni e bidimensional com Doppler convencional, eletrocardiograma convencional, eletroencefalograma convencional, endoscopia diagnóstica, exames radiológicos, exames e testes alergológicos, exames e testes oftalmológicos, exames e testes otorrinolaringológicos e teste ergométrico.

Todos os exames, terapias e procedimentos médicos especiais necessitarão de validação prévia da Unimed Juiz de Fora.

8.2. INTERNAÇÕES

Internações eletivas deverão ser solicitadas previamente. Nos casos de internações de urgência ou emergência, a autorização deverá ser solicitada até, no máximo, 2 (dois) dias úteis contados da data da hospitalização.

ATENÇÃO

Em caso de dúvida quanto à necessidade de validação prévia para exames, tratamentos ou procedimentos, entre em contato com a Unimed Juiz de Fora.

8.3. REMOÇÕES

Não serão cobertas despesas de remoção sem a prévia e expressa validação da Unimed Juiz de Fora.

COMO SOLICITAR VALIDAÇÃO PRÉVIA

Entre em contato com a Unimed Juiz de Fora, através do telefone abaixo do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC):

Serviço de Atendimento ao Cliente 24 Horas (SAC) Unimed Juiz de Fora: **0800-0301-166**

09.

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 Unimed Juiz de Fora e a Qualicorp.*

9.1. PRAZOS DE CARÊNCIA

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

O cumprimento dos prazos de carência indicados na tabela a seguir só não será exigido para os beneficiários que se enquadrarem nos casos de redução ou isenção de carências. A propósito desses casos, ver a seguir, neste mesmo capítulo, os itens 9.1.1. (“Redução dos prazos de carência”) e 9.1.2. (“Isenção dos prazos de carência”).

Item	Coberturas	Prazos
I	Urgência e emergência, ressalvado o disposto na Resolução CONSU nº 13, de 04.11.1998);	24 (vinte e quatro) horas
II	Consultas e exames básicos: exames de patologia (exceto análise molecular para doenças genéticas), anatomia patológica (exceto técnicas citogenéticas moleculares), exames e testes alergológicos, eletrocardiograma convencional, exames radiológicos simples sem contraste, exames e testes oftalmológicos, exames e testes otorrinolaringológicos, provas de função pulmonar;	30 (trinta) dias
III	Procedimentos de reabilitação física, fisioterapia e acupuntura;	90 (noventa) dias
IV	Consultas/sessões com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas;	90 (noventa) dias

09. Carências

Item	Coberturas	Prazos
V	Tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia intervencionista, angiografia, hemodinâmica, arteriografia, mapeamento cerebral e polissonografia, laparoscopia diagnóstica e terapêutica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise, endoscopia diagnóstica e terapêutica; exames cardiológicos (exceto eletrocardiograma convencional), exames de neurofisiologia (exceto eletroencefalograma convencional), potenciais evocados, exames de medicina nuclear, densitometria óssea, mamografia convencional e digital, exames radiológicos contrastados, ultrassonografias, análise molecular para doenças genéticas, técnicas citogenéticas moleculares;	180 (cento e oitenta dias)
VI	Procedimentos clínicos ou cirúrgicos, realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar;	180 (cento e oitenta dias)
VII	Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos ou por uso de substâncias químicas;	180 (cento e oitenta dias)
VIII	Internações clínicas ou cirúrgicas e demais coberturas previstas no Manual;	180 (cento e oitenta dias)
IX	Parto a termo.	300 (trezentos) dias

Os direitos adquiridos após o cumprimento dos prazos de carência deste plano de saúde 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 12 (“Pagamento”) deste Manual.

Os filhos recém-nascidos (naturais ou adotivos) do beneficiário titular incluídos no plano de saúde no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do nascimento, serão isentos do cumprimento dos prazos de carência.

Os filhos adotados menores de 12 (doze) anos, desde que sejam incluídos no plano de

09.

Carências

saúde nos primeiros 30 (trinta) dias a partir da data de adoção, terão aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário adotante.

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

9.1.1. REDUÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, alguns dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 9.1. (“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 Unimed Juiz de Fora no “Aditivo de Redução de Carências”, que faz parte do Contrato de Adesão (a “Proposta”). Salienta-se que a possibilidade de redução de carências é analisada de forma individual, para cada proponente (titular ou dependente) elegível a essa redução, e que essa possibilidade está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da Operadora.

Os proponentes que, após a análise e aprovação da Unimed Juiz de Fora, 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 9.1. (“Prazos de carência”) deste Manual.

9.1.2. ISENÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, poderá ser concedida a isenção dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 9.1. (“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

09.

Carências

“Proposta”), no contrato coletivo de plano de saúde celebrado entre a Qualicorp e a Unimed Juiz de Fora.

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.

10.

Cobertura parcial temporária (CPT)

OS BENEFICIÁRIOS COM DOENÇAS E/OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP) DECLARADAS DEVERÃO CUMPRIR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTE CONTRATO COLETIVO DE PLANO DE SAÚDE E EM CONFORMIDADE COM AS REGRAS ESTABELECIDAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).

- O proponente deverá informar à Operadora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, que acompanha o Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo, ou a qualquer tempo, o conhecimento de Doenças ou lesões preexistentes (DLP) à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, que poderá ensejar a rescisão contratual.
- O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de credenciados, sem qualquer ônus.
- Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa orientação.
- O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofridor, no momento da contratação do plano de saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de Procedimentos de alta complexidade (PAC), a Operadora oferecerá a Cobertura parcial temporária (CPT) e reserva-se o direito de não oferecer o agravo.
- Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do beneficiário no

10. Cobertura parcial temporária (CPT)

benefício, a suspensão da cobertura de PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às DLP declaradas pelo proponente ou seu representante legal.

- Na hipótese de CPT, a Operadora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os PAC, quando relacionados diretamente à DLP.
- Os Procedimentos de alta complexidade (PAC) encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, disponível no site **www.ans.gov.br**.
- Nos casos de CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do beneficiário no benefício, a cobertura assistencial passará a ser aquela estabelecida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, conforme a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei n.º 9.656/1998.
- Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação do benefício, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao beneficiário.
- A Operadora poderá oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao benefício; ou
- A Operadora solicitará abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude.

Instaurado o processo administrativo na ANS, à Operadora caberá o ônus da prova.

- A Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de DLP.
- A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

- Após julgamento, e acolhida 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 DLP, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DLP, pela Operadora, bem como poderá ser excluído do contrato.
- Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de DLP, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do beneficiário até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

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

11. Alterações cadastrais

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

11.1. INCLUSÃO DE CÔNJUGE:

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

11.2. INCLUSÃO DE COMPANHEIRO(A):

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

11.3. INCLUSÃO DE RECÉM-NASCIDO(A):

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

11.

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 Cartão Nacional de Saúde.

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

11.4. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) SOLTEIROS(AS) ATÉ 30 (TRINTA) ANOS COMPLETOS:

a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

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

c. cópia do RG (maiores de 18 anos);

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.

11.5. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) INCAPAZES 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 (maiores de 18 anos);

d. cópia do laudo médico e ou perícia médica que conste a incapacidade;

11. Alterações cadastrais

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

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

11.6. INCLUSÃO DE NETOS(AS) SOLTEIROS ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) ANOS COMPLETOS:

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- b. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- c. cópia do RG (maiores de 18 anos);
- d. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- e. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- f. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

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

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

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

- d. cópia da tutela ou termo de guarda expedido por órgão oficial;
- e. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- f. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- g. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

** Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que ele(a) seja solteiro(a) e com idade até 30 (trinta) anos completos, podendo ser solicitada documentação complementar.*

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

11.8. INCLUSÃO DE ENTEADO(A) SOLTEIRO(A) ATÉ 30 (TRINTA) ANOS COMPLETOS:

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- b. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- c. cópia do RG do(a) enteado(a) (maiores de 18 anos);
- d. cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável devidamente registrada em Cartório, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a), constando também a dependência econômica do(a) enteado(a);
- e. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- f. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- g. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

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

11. Alterações cadastrais

ATENÇÃO

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

11.9. 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.

11.9.1. 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.

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

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

11.

Alterações cadastrais

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

11.11. ALTERAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO DO BENEFÍCIO VIA DÉBITO AUTOMÁTICO:

a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular, contendo o nome do correntista (necessariamente o beneficiário titular) e os números completos do banco, da agência e da conta-corrente (com dígito, se houver), além do CPF, endereço completo e telefone do correntista.

11.12. TRANSFERÊNCIA DE PLANO:

a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular.

A transferência de plano poderá ser solicitada para qualquer um dos planos do contrato.

A transferência poderá ser solicitada em qualquer momento, mediante prévia autorização da operadora e respeitando-se o calendário de movimentação cadastral estabelecido entre a Unimed Juiz de Fora e a Qualicorp, cujo exemplo consta no quadro a seguir neste mesmo item.

Nos casos de transferência para um plano de categoria superior, desde que aceitos pela operadora independentemente dos prazos de carência anteriormente estabelecidos e cumpridos, serão aplicados os prazos de carência de 180 (cento e oitenta) dias para acomodação nas internações clínicas e cirúrgicas e de 300 (trezentos) dias para parto a termo.

A transferência somente ocorrerá quando solicitada pelo beneficiário titular e acarretará a transferência de todos os seus beneficiários dependentes inscritos no benefício anteriormente contratado. Os beneficiários transferidos serão inscritos em outro benefício, devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e com número de registro próprio e distinto do benefício de origem.

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

11. Alterações cadastrais

PRAZO PARA ALTERAÇÕES CADASTRAIS

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

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

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

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

Salienta-se que, caso a solicitação não seja realizada até a data-limite (vinte dias antes do dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular), a alteração somente será realizada no mês subsequente, sempre no dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular. Salienta-se também que, em todos os casos de alterações cadastrais, prevalecerá a data do efetivo recebimento da solicitação pela Qualicorp.

Excetuam-se dos prazos indicados as solicitações de inclusão de novos beneficiários recém-nascidos, recém-adotados menores de 12 (doze) anos ou recém-casados, se forem incluídos dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento, da adoção ou do casamento, respectivamente.

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.

12.

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 UNIMED JUIZ DE FORA E A CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA DOS SERVIÇOS EXECUTADOS PELA QUALICORP.

12.1. 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 os 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 Unimed Juiz de Fora.

A falta de pagamento por parte do beneficiário seguirá as medidas previstas neste capítulo.

Eventuais valores de coparticipação em despesas serão cobrados, pela Qualicorp, juntamente com o valor mensal do benefício, de acordo com a opção de pagamento indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao

12. Pagamento

contrato coletivo. A cobrança de tais despesas de coparticipação será efetuada assim que a Qualicorp receber, da Operadora, a definição do valor dessas mesmas despesas.

12.2. COMO FUNCIONA O DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA-CORRENTE

Em caso de débito automático, o valor do benefício será debitado mensalmente na conta-corrente bancária indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo. Se, independentemente do motivo, o débito não for realizado, o beneficiário deverá entrar em contato com a Qualicorp, por meio de seus canais de atendimento, para efetuar a quitação. O pagamento do benefício em atraso seguirá as condições estabelecidas no item 12.4. (“Atraso e inadimplência”) neste mesmo capítulo.

12.3. 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 11.11., “Alteração de dados bancários para pagamento do benefício via débito automático”) e respeitando as condições e os prazos estabelecidos no capítulo anterior, “Alterações cadastrais”, deste Manual.

12.4. 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.

12. Pagamento

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

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

13. Reajustes

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

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

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 13.3. ("Reajuste por mudança de faixa etária") deste Manual.

13.1. REAJUSTE FINANCEIRO

O reajuste financeiro é aquele aplicado automaticamente e anualmente, ou em menor periodicidade legalmente permitida, com base no Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP/M - FGV) sobre a operação do plano de saúde durante os 12 (doze) meses anteriores à data da aplicação do reajuste, independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) ao contrato coletivo.

13.2. 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.

13.

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”).

13.3. 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 e conforme os percentuais máximos indicados a seguir:

Faixa etária	Completo Enfermaria Participativo Adesão	Completo Apartamento Participativo Adesão	Referência Coletivo por Adesão
Até 18 anos	0%	0%	0%
De 19 a 23 anos	10,00%	10,00%	10,00%
De 24 a 28 anos	15,00%	15,00%	15,00%
De 29 a 33 anos	15,00%	15,00%	15,00%
De 34 a 38 anos	15,00%	15,00%	15,00%
De 39 a 43 anos	20,00%	20,00%	20,00%
De 44 a 48 anos	22,00%	22,00%	22,00%
De 49 a 53 anos	25,00%	25,00%	25,00%
De 54 a 58 anos	30,00%	30,00%	30,00%
59 anos ou mais	50,50%	50,50%	50,50%

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.

14.

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.

14.1. 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 11.9. ("Cancelamento do Benefício ou Exclusão de Beneficiários(s)") deste Manual.

14.2. 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).

14.3. SUSPENSÃO DO DIREITO AO PLANO DE SAÚDE POR INADIMPLÊNCIA

O atraso no pagamento do valor mensal do benefício poderá acarretar, durante o

14.

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

período de inadimplência, a suspensão automática do direito do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ao plano de saúde, direito esse que somente será restabelecido a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos mencionados no item 12.4 (“Atraso e inadimplência”) deste Manual, observada a possibilidade de cancelamento, conforme indicado a seguir.

14.4. 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 plano contratado 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.

14.

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

14.5. 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 Unimed Juiz de Fora, 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”).

14.6. NOVA ADESÃO AO BENEFÍCIO

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

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

A Unimed Juiz de Fora, 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 declaradas na Declaração de Saúde.
- fraude ou dolo.
- tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada pela Qualicorp, em nome da Unimed Juiz de Fora, 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 Unimed Juiz de Fora.

Anexo I

Plano Completo Enfermaria

Participativo Adesão

Plano Completo Enfermaria Participativo Adesão

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 14 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

Completo Enfermaria Participativo Adesão

1.1.2. Código do plano

463.602/10-3

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 Municípios de: Juiz de Fora, Belmiro Braga, Chácara, Coronel Pacheco, Bom Jardim de Minas, Guarará, Lima Duarte, Maripá, Matias Barbosa, Olaria, Rio Preto, Simão Pereira, Passa Vinte, Pedro Teixeira, Santa Bárbara do Monte Verde, Santa Rita do Jacutinga, Santana do Deserto, Tabuleiro e Arantina.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o

Plano Completo Enfermaria Participativo Adesão

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

2.1 COPARTICIPAÇÃO

Para este benefício haverá o mecanismo de regulação coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que ele e/ou seu(s) beneficiário(s) dependente(s) realizar(em) exames, consultas e/ou internações, conforme quadro a seguir:

Procedimento	Coparticipação
Consultas em consultório	50%
Consultas em pronto atendimento	50%
Exames e terapias simples	50%, limitada a R\$ 139,69 por exame
Exames e terapias especiais	50%, limitada a R\$ 139,69 por exame
Procedimentos ambulatoriais	50%, limitada a R\$ 139,69 por exame
Internação Enfermaria	Taxa única de R\$ 262,22 por internação

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, nos mesmos moldes do valor mensal do benefício.

Anexo II

Plano Completo Apartamento

Participativo Adesão

Plano Completo Apartamento Participativo Adesão

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 14 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

Completo Apartamento Participativo Adesão

1.1.2. Código do plano

463.603/10-1

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 Municípios de: Juiz de Fora, Belmiro Braga, Chácara, Coronel Pacheco, Bom Jardim de Minas, Guarará, Lima Duarte, Maripá, Matias Barbosa, Olaria, Rio Preto, Simão Pereira, Passa Vinte, Pedro Teixeira, Santa Bárbara do Monte Verde, Santa Rita do Jacutinga, Santana do Deserto, Tabuleiro e Arantina.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o

Plano Completo Apartamento Participativo Adesão

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

2.1 COPARTICIPAÇÃO

Para este benefício haverá o mecanismo de regulação coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que ele e/ou seu(s) beneficiário(s) dependente(s) realizar(em) exames, consultas e/ou internações, conforme quadro a seguir:

Procedimento	Coparticipação
Consultas em consultório	50%
Consultas em pronto atendimento	50%
Exames e terapias simples	50%, limitada a R\$ 139,69 por exame
Exames e terapias especiais	50%, limitada a R\$ 139,69 por exame
Procedimentos ambulatoriais	50%, limitada a R\$ 139,69 por exame
Internação Apartamento	Taxa única de R\$ 524,44 por internação

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, nos mesmos moldes do valor mensal do benefício.

Anexo III

Plano Referência Coletivo por Adesão

Plano Referência Coletivo por Adesão

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 14 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

Referência Coletivo por Adesão

1.1.2. Código do plano

463.586/10-8

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 Municípios de: Juiz de Fora, Belmiro Braga, Chácara, Coronel Pacheco, Bom Jardim de Minas, Guarará, Lima Duarte, Maripá, Matias Barbosa, Olaria, Rio Preto, Simão Pereira, Passa Vinte, Pedro Teixeira, Santa Bárbara do Monte Verde, Santa Rita do Jacutinga, Santana do Deserto, Tabuleiro e Arantina.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o

Plano Referência Coletivo por Adesão

beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

1.6. COBERTURA PARA EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

Além das coberturas previstas no capítulo 4 (“Coberturas e procedimentos garantidos”) deste Manual, a cobertura assistencial de que trata o Plano REFERÊNCIA COLETIVO POR ADESÃO 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, caracterizado em declaração do médico assistente.

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

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

Nos casos em que houver acordo de Cobertura parcial temporária (CPT) e que

Plano Referência Coletivo por Adesão

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.

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

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

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1 COPARTICIPAÇÃO

Este benefício não possui coparticipação, exceto para internação psiquiátrica.

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.

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 Unimed Juiz de Fora 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 Unimed Juiz de Fora ou a Qualicorp.



Serviço de Atendimento ao
Cliente 24h
Unimed Juiz de Fora

0800-030-1166

Central de Serviços
Qualicorp

4004-4400

Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000

Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002

Todo o Brasil

Unimed Juiz de Fora:

ANS nº 306886

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 417173



3.11.69.42.00001

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