

Manual do Beneficiário

Seguro de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão

SEGURO-SAÚDE
**COLETIVO
POR
ADESÃO**

Regulamentado pela
Agência Nacional de Saúde
Suplementar – ANS

Entenda como foi viabilizado o seu seguro-saúde

COLETIVO POR ADESÃO

BENEFICIÁRIO

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

SEGURADORA

A Seguradora 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 Seguradora deste seguro-saúde é a Salutar, que vem oferecendo novas opções em assistência médica no Rio de Janeiro. A Salutar disponibiliza grande diversidade de produtos, acessíveis e de qualidade, e uma ampla rede médica referenciada. Assim, a operadora vem conquistando a confiança de um número cada vez maior de beneficiários.



ANS nº 000027

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 estipulou este seguro-saúde **COLETIVO POR ADESÃO** com a Salutar, 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.



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.



COLETIVO POR ADEÇÃO

O QUE É

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

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

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

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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

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

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

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

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

REAJUSTE ANUAL

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

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

INDIVIDUAL OU FAMILIAR

O QUE É

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

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

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

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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

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

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

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

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

REAJUSTE ANUAL

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

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

Prezado(a) Beneficiário(a),

Você contratou um seguro de assistência à saúde COLETIVO POR ADESÃO, cuja forma de contratação e características do plano 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



Sumário

CAPÍTULOS

01. A Qualicorp Administradora de Benefícios _____ pág. 07
02. A contratação coletiva do seguro-saúde _____ pág. 10
03. Formas de utilização do seguro-saúde _____ pág. 13
04. Coberturas e procedimentos garantidos _____ pág. 16
05. Exclusões de cobertura _____ pág. 26
06. Validação prévia de procedimentos _____ pág. 29
07. Carências _____ pág. 31
08. Cobertura parcial temporária _____ pág. 34
09. Reembolso _____ pág. 37
10. Alterações cadastrais _____ pág. 42
11. Pagamento _____ pág. 50
12. Reajustes _____ pág. 53
13. Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão
ao seguro-saúde _____ pág. 56

Sumário

ANEXOS

Anexo I: Plano Salutar Clássico Adesão Enfermaria sem co-part ou franquia_____	pág. 61
Anexo II: Plano Especial Adesão sem Coparticipação sem Franquia _____	pág. 65
Anexo III: Plano Salutar 600 _____	pág. 69
Anexo IV: Plano Salutar 600 mais_____	pág. 73
Anexo V: Plano Especial Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia _____	pág. 77
Anexo VI: Plano Executivo Adesão sem Coparticipação sem Franquia _____	pág. 81
Anexo VII: Plano Executivo Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia _____	pág. 85
Anexo VIII: Plano VIP Adesão sem Coparticipação sem Franquia ____	pág. 89
Anexo IX: Plano Super _____	pág. 93
Anotações _____	pág. 98
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 Salutar.

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

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

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

Neste caso, a Salutar analisou o projeto, aceitou-o e concordou com a sua implantação, conforme as condições ajustadas na apólice de seguro de assistência à saúde, coletiva por adesão, mantida 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 estipulante, 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;

A Qualicorp Administradora de Benefícios

- 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.

CENTRAIS DE ATENDIMENTO POR TELEFONE

CENTRAL DE SERVIÇOS

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.

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 POR FAX

São Paulo: **(11) 3016-8836**

Rio de Janeiro: **(21) 3223-9059**

01. A Qualicorp Administradora de Benefícios

Outras localidades:

4002-8877 (capitais e regiões metropolitanas)

(11) 4002-8877 (demais regiões)

CENTRAL DE ATENDIMENTO PESSOAL*

São Paulo

Rua Dr. Plínio Barreto, 365 - 1º 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

ouvidoria@qualicorp.com.br

CORREIO

Caixa Postal 65155

São Paulo – SP – CEP 01318-970

INTERNET

Portal de Serviços: **www.qualicorp.com.br**

*(para entrar em contato com a Qualicorp, veja especialmente a página **www.qualicorp.com.br/faleconosco**)*

Esses canais não substituem nem invalidam os canais de atendimento da Operadora. Pelo contrário, são estruturas que coexistem para você ter mais conveniência e conforto na utilização do seu seguro-saúde.

02.

A contratação coletiva do seguro-saúde

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

Trata-se de uma apólice de seguro de assistência à saúde, coletiva por adesão, estipulada pela Qualicorp Administradora de Benefícios com a Salutar, e destinada à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, conforme definido a seguir:

Operadora	Salutar Saúde Seguradora S/A (ANS n.º 000027)
Administradora de Benefícios/Estipulante	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 seguro 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 à apólice coletiva de seguro de assistência à saúde.

Atenção

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

02.

A contratação coletiva do seguro-saúde

2.1. BENEFICIÁRIOS

2.1.1. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO TITULAR

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

2.1.2. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

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

- Cônjuge ou companheiro(a);*
- Filho(a) solteiro(a) com até 18 (dezoito) anos incompletos ou, se universitário (a), até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;*
- Filho(a) inválido(a);*
- Enteado(a) solteiro(a) com até 18 (dezoito) anos incompletos ou, se universitário(a), até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;*
- Menor de idade solteiro(a) 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.*

2.2. VIGÊNCIA DA APÓLICE COLETIVA

O prazo de vigência define o período em que vigorará a apólice coletiva.

A apólice coletiva de seguro-saúde estipulada pela Qualicorp com a Salutar vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, podendo ser renovada, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, no prazo de 60 (sessenta) dias, por qualquer das partes, seja pela Operadora ou pela Qualicorp.

02.

A contratação coletiva do seguro-saúde

2.2.1. RESCISÃO DA APÓLICE COLETIVA

A apólice coletiva de seguro-saúde estipulada pela Qualicorp com a Salutar poderá ser rescindida por qualquer uma das partes, seja pela Operadora ou pela Qualicorp. Em caso de rescisão da apólice coletiva, 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 9 (nove) 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 ANS
Salutar Clássico Adesão Enfermaria sem co-part ou franquia	465.884/11-1
Especial Adesão sem Coparticipação sem Franquia	467.305/12-1
Salutar 600	474.222/15-2
Salutar 600 mais	474.216/15-8
Especial Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia	467.306/12-9
Executivo Adesão sem Coparticipação sem Franquia	467.307/12-7
Executivo Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia	467.308/12-5
VIP Adesão sem Coparticipação sem Franquia	467.309/12-3
Super	410.812/99-4

Atenção

Os planos podem se diferenciar pela lista de prestadores referenciados pela Salutar, bem como pela sua segmentação assistencial, seu padrão de acomodação em caso de internação e seus valores de reembolso. Para conferir as informações específicas da sua categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

Formas de utilização do seguro-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 DUAS MODALIDADES DE ATENDIMENTO CONFORME INDICADO, A SEGUIR, NESTE CAPÍTULO:

3.1. ATENDIMENTO NA REDE MÉDICA REFERENCIADA

A Salutar coloca à disposição do beneficiário uma rede referenciada de prestadores de serviços médicos. Nesses estabelecimentos, o atendimento não demanda, por parte do beneficiário, nenhum tipo de pagamento ao prestador escolhido.

Veja como agilizar o atendimento:

- Consulte a lista de referenciados para o seu plano e escolha o prestador de sua conveniência ou necessidade;
- Ligue para o prestador e agende a data do atendimento;
- Dirija-se ao prestador escolhido, munido de seu documento de identidade (RG) e de seu cartão de identificação válido da Salutar (veja a seguir). Caso não esteja de posse de seu cartão, solicite que o atendente entre em contato com a Salutar e peça a autorização.

Cartão de identificação

A Salutar disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação personalizado. Para facilitar o atendimento, esse cartão e o seu documento de identidade (RG) devem ser apresentados aos prestadores referenciados no ato da solicitação do serviço. O cartão de identificação é exclusivo, pessoal e



Formas de utilização do seguro-saúde

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

Lista de prestadores referenciados

A lista de prestadores referenciados é disponibilizada pela Salutar e está dividida em médicos, laboratórios, clínicas, prontos-socorros e hospitais etc. Por estar sujeita a alterações, é atualizada quando necessário pela Operadora, segundo as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A Salutar disponibilizará para cada segurado titular, quando do seu ingresso no seguro, 1 (um) Guia da Rede Credenciada da região de domicílio do beneficiário contendo a lista indicativa de prestadores. Esta lista com as devidas atualizações também será disponibilizada no *site* da Operadora, em sua sede, e através de sua Central de Atendimento.

A lista de prestadores referenciados é de responsabilidade da Salutar; para consultar prestadores específicos, entre em contato com a Operadora, por meio do telefone **(21) 2216-6750** ou acesse o *site* **www.salutarsaude.com.br**.

3.2. ATENDIMENTO POR LIVRE ESCOLHA, COM REEMBOLSO

Além da rede de prestadores referenciados, este seguro-saúde oferece o sistema de livre escolha, pelo qual o beneficiário escolhe profissionais não referenciados pela Salutar, para o plano contratado e, após o atendimento ter sido realizado, solicita o reembolso de despesas efetuadas, que serão ressarcidas exclusivamente pela Salutar, de acordo com as condições e os limites do plano contratado.



03.

Formas de utilização do seguro-saúde

Veja como proceder:

- Após verificar a efetiva cobertura do procedimento, escolha o serviço de sua preferência e agende o atendimento;
- Pague o profissional e solicite os recibos de todos os serviços realizados, discriminadamente;
- Reúna os originais dos comprovantes de pagamentos e os documentos necessários para cada procedimento (veja a relação de documentos no capítulo 9, “Reembolso”, deste Manual);
- Munido dos documentos especificados, dirija-se a qualquer posto da Operadora ou à Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade, e solicite o reembolso;
- O valor do reembolso de despesas, de acordo com o plano contratado, será depositado pela Operadora na conta-corrente informada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) à apólice coletiva.

Atenção

Só serão reembolsados os serviços cobertos pelo seguro-saúde, conforme as condições e os limites do plano contratado. Para mais informações sobre reembolso, veja o capítulo 9 (“Reembolso”), deste Manual, bem como o “Anexo” referente à sua categoria de plano.

Coberturas e procedimentos garantidos

ESTÃO COBERTOS TODOS OS PROCEDIMENTOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, INSTITUÍDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), PARA A SEGMENTAÇÃO 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).

Os eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológista terão sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica.

Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigentes à época do evento, serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 da Lei n.º 9.656, de 1998, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos – que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigentes à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10*.ª Revisão (CID - 10), inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

Coberturas e procedimentos garantidos

As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei n.º 9.656, de 1998, devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS.

O atendimento deve ser assegurado independentemente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitados a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada, e os prazos de carência estabelecidos na apólice.

Os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, 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, respeitando os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a Operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde.

4.1 GARANTIA AMBULATORIAL

Estão garantidas as despesas ambulatoriais decorrentes de:

- Consultas médicas, em número ilimitado, inclusive obstétricas para pré-natal, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapias (SADT) em regime ambulatorial, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, a critério ou sob a supervisão de profissional médico com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), ou cirurgião-dentista, devidamente habilitados, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- Acupuntura, desde que realizado por profissional habilitado e registrado na autarquia federal competente que regulamenta a profissão.
- Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de

Coberturas e procedimentos garantidos

Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigente à época do evento, solicitadas e indicadas pelo médico assistente;

- Psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico, ambos devidamente habilitados;
- Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais:
 - Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Radioterapia;
 - Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
 - Hemoterapia ambulatorial;
 - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
 - Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

4.2. GARANTIA HOSPITALAR

Estão garantidas as despesas médico-hospitalares decorrentes de:

- Internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas, eletivas ou de urgência ou emergência, ocorridas em ambiente hospitalar, sem limite de prazo, valor máximo ou quantidade, sob os cuidados de profissional médico assistente, com registro no CRM;

Coberturas e procedimentos garantidos

- Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, incluindo, quando couber, despesas assistenciais com os doadores vivos, despesas com medicamentos utilizados durante a internação, despesas com acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicação de manutenção. As despesas com busca, captação, transporte e preservação dos órgãos estão cobertas somente na forma de ressarcimento ao SUS;
- Cirurgias refrativas oftalmológicas em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de utilização;
- Cirurgia plástica reconstrutiva da mama acometida por tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer, bem como cirurgia reparadora não estética de órgãos e funções;
- Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- Cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- 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:

Coberturas e procedimentos garantidos

1 – em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente avaliará e justificará a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

2 – 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 desta apólice.

- Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, observando-se que:

1 – 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;

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

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

Coberturas e procedimentos garantidos

- Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em regime de internação hospitalar:
 - hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
 - quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
 - hemoterapia;
 - nutrição parenteral e enteral;
 - procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - embolizações;
 - radiologia intervencionista;
 - exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - procedimentos de reeducação e reabilitação física.
- Tratamentos hospitalares de transtornos psiquiátricos por ano de vigência do seguro:
 - Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
 - Nas internações psiquiátricas, o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31.º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do beneficiário de 50% (cinquenta por cento), observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes.

Esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.

A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

Coberturas e procedimentos garantidos

Entende-se por despesas médico-hospitalares:

- Diárias em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), de acordo com a acomodação prevista para o plano contratado, sendo vedados a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;
- Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;
- Utilização do centro cirúrgico, centro de terapia intensiva ou similar, leitos especiais e toda aparelhagem necessária para o tratamento do beneficiário durante a internação hospitalar; vedados a limitação de prazo, valor máximo e quantidade a critério do médico assistente;
- Serviços gerais de enfermagem e paramédicos;
- Alimentação do beneficiário, inclusive dietética, durante a internação hospitalar;
- Honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular;
- Exames complementares indispensáveis para elucidação diagnóstica e controle da evolução da doença;
- Anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e/ou radioterapia e materiais necessários ao tratamento do beneficiário até a alta hospitalar, desde que prescritos pelo médico assistente;
- Toda e qualquer taxa relacionada com a internação hospitalar;
- Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

Coberturas e procedimentos garantidos

- Despesas específicas com a acomodação (leito e rouparia) e alimentação básica fornecida pelo próprio hospital (café da manhã, almoço e jantar) para 1 (um) acompanhante do beneficiário internado menor de 18 (dezoito) anos e/ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, sendo a alimentação obrigatoriamente de mesma proveniência da servida ao beneficiário internado;
- Medicamentos e materiais devidamente regularizados junto ao órgão oficial competente (Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA), incluindo próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico.

4.3. GARANTIA OBSTÉTRICA

Inclui os procedimentos relativos ao pré-natal e assistência ao parto e puerpério da beneficiária.

- Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:
 - a) Pré-parto;
 - b) Parto; e
 - c) Pós-parto imediato por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contraíndicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.
- Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou do beneficiário dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto. Caso o recém-nascido não seja incluído no seguro, esta garantia cessará, automaticamente, a partir do 31.º (trigésimo primeiro) dia após o parto.

4.4. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de:

- I - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

Coberturas e procedimentos garantidos

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

A Operadora garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, em 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 (PAC) relacionados às Doenças ou lesões preexistentes (DLP).

Atenção

As coberturas referidas no item 4.4. (“Atendimento de urgência e emergência”) deste capítulo não se aplicam na íntegra para a categoria Super. Para saber mais sobre a cobertura específica dessa categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

4.4.1. REEMBOLSO

Será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

Os documentos necessários para a solicitação do reembolso estão no capítulo 9 (“Reembolso”) deste Manual, bem como os prazos de pagamento e do envio da documentação.

Coberturas e procedimentos garantidos

4.4.2. REMOÇÃO

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 a necessidade de internação.

4.4.2.1. Da remoção para o SUS:

À Salutar caberão o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário 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 beneficiário quando efetuado o registro na unidade SUS.

Se o beneficiário 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.

05. Exclusões de cobertura

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDAS DA COBERTURA DESTE SEGURO-SAÚDE AS
DESPESAS A SEGUIR RELACIONADAS:*

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

- 5.1. Procedimentos não constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento;
- 5.2. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, como sendo que emprega medicamentos, produtos para saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO); ou cujas indicações não constem da bula/Manual registrada na ANVISA (uso *off-label*);
- 5.3. Quaisquer cirurgias, tratamentos e/ou exames:
 - com finalidade estética e/ou de embelezamento.
 - contrários à ética médica ou de natureza experimental.
 - para inseminação artificial.
 - para mudança de sexo.
- 5.4. Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos;
- 5.5. Aquisição ou aluguel de equipamentos hospitalares ou similares;
- 5.6. Enfermagem em caráter particular;

05.

Exclusões de cobertura

- 5.7. Atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela Operadora em substituição à internação hospitalar;
- 5.8. Aparelhos para complementação de função, tais como: lentes de contato, aparelhos de surdez, imobilizadores removíveis e similares;
- 5.9. Vacinas;
- 5.10. Tratamentos odontológicos, exceto cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem de internação hospitalar e a estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- 5.11. Medicamento importado e não nacionalizado, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- 5.12. Medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC);
- 5.13. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 5.14. Despesas de acompanhantes de pacientes maiores de 18 (dezoito) anos, durante a internação hospitalar, excetuando-se:

05. Exclusões de cobertura

- a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 (dezoito) anos;
 - b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências; e
 - c) despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a 1 (um) acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto e pós-parto imediato por 48 (quarenta e oito) horas.
- 5.15. Transplantes, com exceção dos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 5.16. Cirurgias refrativas não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 5.17. Próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

Validação prévia de procedimentos

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

Excetuando-se as consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência, é necessário que o beneficiário solicite a validação prévia para a realização dos procedimentos abaixo relacionados, a qual será concedida pela Salutar após análise das solicitações especificadas pelo médico assistente.

- Internações: clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.
- Remoções.
- Serviços auxiliares de diagnose e terapias.
- Serviços ambulatoriais.

Nos casos de atendimento de urgência ou emergência, o segurado deverá comunicar a Salutar em até 2 (dois) dias úteis subsequentes ao atendimento.

A Operadora poderá solicitar informações adicionais sobre a realização de despesas com exames e terapia, sempre que julgar necessárias para a validação do atendimento na rede referenciada ou para o reembolso das despesas médico-hospitalares.

Atenção

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

06.

Validação prévia de procedimentos

Como solicitar validação prévia

Entre em contato com a Central de Atendimento da Salutar:

Tel.: **(21) 2216-6750**

Fax: **(21) 2233-5047**

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

07.

Carências

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

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

7.1. PRAZOS DE CARÊNCIA

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

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

Carências	Coberturas	Prazos contratuais
A	Urgências e emergências, consultas e exames laboratoriais e raio X simples.	24 (vinte e quatro) horas
B	Para os demais procedimentos.	180 (cento e oitenta) dias
C	Partos a termo.	300 (trezentos) dias

Os direitos adquiridos após o cumprimento dos prazos de carência terão sua continuidade assegurada, desde que o pagamento do valor mensal do benefício, até então devido, seja efetuado até a data do respectivo vencimento, conforme descrito no capítulo 11 (“Pagamento”) deste Manual.

07 . Carências

O recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, terá assegurada a inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, ou aplicação de Cobertura parcial temporária (CPT) ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

O recém-nascido filho natural ou adotivo do beneficiário titular do plano de saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia pode ser inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção; o recém-nascido sob guarda ou tutela do beneficiário titular pode ser inscrito no plano de segmentação hospitalar com obstetrícia em até 30 (trinta) dias da tutela, ou guarda, observando-se:

- a) A inscrição pode ser exercida quando o beneficiário titular for o pai ou a mãe;
- b) A inscrição independe de o parto ter sido coberto pela Operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; e
- c) O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição do plano de saúde.

Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular ou dependente adotante. Não caberá alegação de doença ou lesões preexistentes caso o menor de 12 (doze) anos seja inscrito em até 30 (trinta) dias.

O menor de 12 (doze) anos adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, independentemente do tipo de segmentação contratada, pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.

O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai, independentemente da segmentação contratada.

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

07 .

Carências

7.1.1. REDUÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, alguns dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 7.1. (“Prazos de carência“) deste Manual poderão ser reduzidos. Essa possibilidade se dará exclusivamente nos casos de proponentes que, no momento da adesão a este seguro-saúde, atendam, comprovadamente, às condições definidas pela Salutar 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 Salutar, forem contemplados com prazos de carência reduzidos deverão respeitar os prazos indicados no referido “Aditivo de Redução de Carências”, que são definidos pela Operadora de acordo com a sua política comercial. Os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas no referido aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências descritas no item 7.1. (“Prazos de carência“) deste Manual.

7.1.2. ISENÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

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

- A. Beneficiários que aderirem ao benefício durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do ingresso da sua Entidade, indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), na apólice coletiva de seguro-saúde estipulada pela Qualicorp com a Salutar.
- 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 subseqüente aniversário da data de ingresso da Entidade na referida apólice coletiva.

Cobertura parcial temporária

OS BENEFICIÁRIOS COM DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP) DECLARADAS DEVERÃO CUMPRIR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTA APÓLICE COLETIVA DE SEGURO-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”) à apólice coletiva, 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 referenciados, sem qualquer ônus.
- Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede referenciada da seguradora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa orientação.
- O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação do seguro-saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de Procedimentos de alta complexidade (PAC), a Operadora oferecerá a Cobertura parcial temporária (CPT) e reserva-se o direito de não oferecer o agravo.
- Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do beneficiário no benefício, a suspensão da cobertura de Procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde

Cobertura parcial temporária

que relacionados exclusivamente às Doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo proponente ou seu representante legal.

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

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

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

08.

Cobertura parcial temporária

- 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 doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do beneficiário até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

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

09.

Reembolso

REEMBOLSO É O RESSARCIMENTO FEITO PELA SALUTAR AO BENEFICIÁRIO TITULAR, NAS CONDIÇÕES E LIMITES DO PLANO CONTRATADO, DE DESPESAS COM SERVIÇOS MÉDICOS E/OU HOSPITALARES COBERTOS PELO SEGURO-SAÚDE, SEJAM ELETIVOS OU EMERGENCIAIS, EFETUADOS PELO BENEFICIÁRIO TITULAR OU POR SEUS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES FORA DA REDE REFERENCIADA DE PRESTADORES PARA O PLANO CONTRATADO.

9.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

O valor do reembolso de despesas médico-hospitalares será obtido pela aplicação do múltiplo do plano do beneficiário sobre o valor unitário do procedimento previsto na Tabela Salutar Saúde para Reembolso, e não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo beneficiário para as respectivas despesas.

Para saber os múltiplos de reembolso, para cada procedimento, consulte neste Manual, no “Anexo” referente à sua categoria de plano, o item 2 (“Reembolso”).

9.2. DIÁRIAS HOSPITALARES

Para efeito de reembolso as diárias hospitalares, de UTI e de parto incluem:

- a) diárias hospitalares incluem: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
- b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorrespiratória e toda a assistência respiratória;
- c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto e pós-parto a saber:
 - 1) cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

09. Reembolso

- pré-parto;
- parto; e
- pós-parto imediato por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contraindicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente;

2) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

9.3. TAXAS DE SALA

Para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

- a) as taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela Salutar Saúde para Reembolso só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
- b) as taxas de sala cirúrgica incluem: utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
- c) as demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela Salutar Saúde para Reembolso para o procedimento realizado;
- d) as taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela Salutar Saúde para Reembolso. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;
- e) quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

09. Reembolso

9.4. MEDICAMENTOS E MATERIAIS CIRÚRGICOS

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços do *Guia Farmacêutico* (Brasíndice) vigente na data de sua utilização. Os materiais não constantes dos referidos guia e tabela serão reembolsados de acordo com os preços médios de venda do mercado.

9.5. CONSULTAS, SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA, HONORÁRIOS PROFISSIONAIS DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL E INTERNAÇÕES HOSPITALARES.

O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela Salutar Saúde para Reembolso, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

9.6. REMOÇÃO

As despesas com remoções somente serão reembolsadas com a prévia e expressa autorização da Operadora.

9.7. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REEMBOLSO

1. Cópia do cartão de identificação.
2. Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e/ou nota fiscal original, constando:
 - Descrição do serviço realizado e quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
 - Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, se houver;
 - Laudos de exames, se necessário;
 - Laudo médico, se necessário.

09. Reembolso

3. Para os casos de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.
4. Os valores utilizados pela Operadora para reembolso das despesas garantidas pelo seguro contratado, com prestadores não referenciados, não serão inferiores aos praticados na rede referenciada.
5. O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo beneficiário pelas respectivas despesas.
6. A Salutar manterá em seu poder os recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente.

Atenção

Os documentos devem ser apresentados no original e conter o(s) carimbo(s) do(s) prestador(es) de serviço, com o nome, a especialidade e o número de registro dos profissionais em seus respectivos Conselhos.

Prazo para reembolso

O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano após a realização dos eventos cobertos.

O reembolso será efetuado diretamente ao beneficiário titular em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento dos documentos originais específicos para cada procedimento.

O valor do reembolso das despesas, de acordo com o plano contratado, será depositado na conta-corrente informada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) à apólice coletiva.

É facultado ao beneficiário titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Operadora.

Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-

09. Reembolso

-hospitalares realizadas, a Salutar solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem e eventual dilatação do prazo estabelecido.

Ainda que o beneficiário tenha, na mesma Operadora, mais de um seguro, em seu nome ou de outra pessoa, no qual seja incluído como dependente, ele terá direito a uma única cobertura, vedada, pois, a acumulação. Nesse caso, serão aplicados os valores de reembolso do maior plano de seguro, perdendo o beneficiário o excesso de prêmios eventualmente pagos.

Como solicitar reembolso

Reúna os documentos originais necessários para o procedimento realizado, listados no item 9.7. (“Documentos necessários para reembolso”) e entregue-os numa das opções a seguir.

COM A SALUTAR

A documentação deverá ser recebida pela Salutar via correio, ou poderá ser entregue no endereço abaixo:

Av. Presidente Vargas, 290 – sala 716
Centro - Rio de Janeiro – RJ
CEP: 20091-905

COM A QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

A documentação deverá ser recebida pela Qualicorp, por meio dos canais de atendimento próprios disponibilizados para esse fim. A Qualicorp fará a conferência dos documentos necessários para o pedido de reembolso e os enviará para a Salutar.

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

ATENÇÃO

Para algumas Entidades, existem regras e locais específicos para a solicitação de reembolso. Informe-se por meio dos canais de atendimento da Qualicorp. Salienta-se que, em todos os casos, a Salutar é a única e exclusiva responsável pela análise, aprovação e pagamento dos valores de reembolso.

10.

Alterações cadastrais

PARA REALIZAR ALTERAÇÕES CADASTRAIS, INCLUSIVE O CANCELAMENTO DA ADESÃO À APÓLICE COLETIVA, É NECESSÁRIA SOLICITAÇÃO POR ESCRITO ASSINADA PELO BENEFICIÁRIO TITULAR E ENCAMINHADA À QUALICORP, QUE DEVERÁ RECEBÊ-LA ACOMPANHADA DE TODOS OS DOCUMENTOS INDICADOS, CONFORME AS ORIENTAÇÕES E OS PRAZOS APRESENTADOS A SEGUIR, NESTE CAPÍTULO.

10.1. 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.

10.2. INCLUSÃO DE COMPANHEIRO(A):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. Declaração de União Estável, de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a);
- C. cópia do RG e do CPF do(a) companheiro(a);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG, apresentar cópia do PIS/PASEP;

10.

Alterações cadastrais

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

10.3. INCLUSÃO DE RECÉM-NASCIDO(A):

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

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

10.4. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) SOLTEIROS(AS) COM ATÉ 18 (DEZOITO) ANOS INCOMPLETOS OU, SE UNIVERSITÁRIOS(AS), ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) ANOS INCOMPLETOS:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do RG (se houver);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. para filhos(as) universitários(as), comprovante de matrícula na faculdade;
- 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) maiores de 18 (dezoito) anos, somar cópia do CPF.

10.

Alterações cadastrais

10.5. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) INVÁLIDOS(AS):

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

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

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do RG (se houver);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. cópia da Tutela ou Termo de Guarda expedido por órgão oficial;
- G. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

**Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência*

10. Alterações cadastrais

do dependente no benefício, desde que ele(a) seja solteiro(a) e tenha até 18 (dezoito) anos incompletos ou, se universitário(a), até 24 (vinte e quatro) anos incompletos, podendo ser solicitada documentação complementar (ver item 2.1.2. “Quem pode ser beneficiário dependente”).

10.7. INCLUSÃO DE ENTEADOS(AS) SOLTEIROS(AS) COM ATÉ 18 (DEZOITO) ANOS INCOMPLETOS OU, SE UNIVERSITÁRIOS(AS), ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) ANOS INCOMPLETOS:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do RG do(a) enteado(a) (se houver);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável, de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a), constando também a dependência econômica do(a) enteado(a);
- G. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de enteados(as) maiores de 18 (dezoito) anos, somar cópia do CPF.

Atenção

A inclusão de dependente(s) está subordinada ao pagamento de taxa de cadastramento e implantação do(s) dependente(s) inscrito(s) no valor do benefício. Casos específicos poderão ensejar a solicitação de documentos complementares ou comprobatórios dos direitos outorgados.

10. Alterações cadastrais

10.8. EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR E DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. devolução de todos os cartões de identificação do beneficiário 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) na apólice coletiva do seguro-saúde.

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

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

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

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

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

10.11. TRANSFERÊNCIA DE PLANO

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular.

A transferência poderá ser solicitada tanto para plano de categoria superior, quanto para plano de categoria inferior. A transferência será realizada sempre no mês de

10. Alterações cadastrais

aniversário da apólice coletiva (janeiro) estipulada pela Qualicorp com a Salutar, mediante prévia autorização da operadora, e desde que respeitadas as demais regras vigentes neste benefício.

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.

Quando da transferência do beneficiário titular e seus beneficiários dependentes para um plano **com mais benefícios**, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo. O beneficiário que fizer esta opção deverá cumprir a carência de 6 (seis) meses, para os novos benefícios adquiridos com esta alteração.

Os benefícios mencionados acima correspondem a: utilização da nova rede credenciada, utilização da nova acomodação e utilização de reembolso, conforme previsto na legislação vigente.

Também será admitida a transferência do beneficiário titular e seus beneficiários dependentes para um plano **com menos benefícios**, salvo se o beneficiário já tiver sido beneficiado com hospitalização, caso em que essa transferência só será admitida após decurso de 12 (doze) meses, contados da última alta hospitalar.

Salienta-se que a solicitação deverá ser feita com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, considerando-se sempre o dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular. Por exemplo: beneficiários com início de vigência no dia 1 (um) deverão fazer a solicitação de transferência até o dia 11 (onze) do mês anterior ao mês de renovação anual da apólice coletiva, e assim por diante. Desde que a solicitação seja realizada no prazo, a transferência passará a vigorar no próprio mês de renovação anual da apólice coletiva, no dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular.

Atenção

A possibilidade de transferência de plano, objeto do item 10.11. (“Transferência de plano”) deste Manual, não se aplica aos beneficiários do Plano Super.

10.

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 de vigência do benefício do titular. Por exemplo:

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

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

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

Excetua-se dos prazos indicados as solicitações de inclusão de novos beneficiários recém-nascidos ou recém-adotados se forem incluídos dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento ou da adoção, respectivamente. Excetua-se também a solicitação de transferência de plano, cujo prazo próprio consta do item 10.11. ("Transferência de plano") deste capítulo.

10.

Alterações cadastrais

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.

11.

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 SEGURO-SAÚDE NA SALUTAR E A CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA DOS SERVIÇOS EXECUTADOS PELA QUALICORP.

11.1. 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”) à apólice coletiva, a saber:

Formas de pagamento*
Boleto bancário
Débito automático em conta-corrente, nos bancos conveniados ao sistema.

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

Início da vigência do benefício	Vencimento do valor mensal do benefício*
Dia 1	Dia 1 de cada mês
Dia 17	Dia 17 de cada mês
Dia 28	Dia 28 de cada mês

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

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

11.

Pagamento

11.2. 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”) à apólice coletiva. Se, independentemente do motivo, o débito não for realizado, o beneficiário deverá entrar em contato com a Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade, para efetuar a quitação. O pagamento do benefício em atraso seguirá as condições estabelecidas no item 11.4. (“Atraso e inadimplência”) neste mesmo capítulo.

11.3. 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 10.10. “Alteração de dados bancários, para efeito de pagamento do benefício via débito automático ou para recebimento de reembolso”) e respeitando as condições e os prazos estabelecidos no capítulo anterior, “Alterações cadastrais”, deste Manual.

11.4. ATRASO E INADIMPLÊNCIA

Uma vez que a Qualicorp garante as obrigações dos beneficiários constantes da apólice coletiva mantida com a Salutar, nas condições estabelecidas, notadamente as pecuniárias, a eventual inadimplência do(s) beneficiário(s) pode inviabilizar o projeto idealizado, criado e implantado, com o seu respectivo objetivo e resultado final, em detrimento da coletividade à qual o(s) beneficiário(s) se vincula(m).

Para que isso não ocorra, a Qualicorp deverá ser ressarcida pelo(s) beneficiário(s), a título de multa compensatória, em 10% (dez por cento) das obrigações pecuniárias devidas, como indenização pelos seus custos e prejuízos sofridos, suportados e resultantes, seja da utilização de recursos próprios, comprometendo o seu capital de giro e os seus investimentos, seja da captação, junto ao mercado financeiro, dos recursos necessários à garantia da inadimplência do(s) beneficiário(s), a fim de, com isso, impedir a inviabilização deste projeto de seguro-saúde coletivo por adesão, sem prejuízo dos juros de 1% (um por cento) ao mês sobre o montante devido.

11.

Pagamento

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 somente será restabelecido a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados.

A falta de pagamento do valor mensal do benefício, até o último dia da vigência referente ao mês não pago, poderá ocasionar o cancelamento automático do benefício, isto é, a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) da apólice coletiva, 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 à apólice coletiva 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) na apólice coletiva. No caso de cancelamento do benefício, haverá a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s), sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) não pago(s), incluídos juros e multa.

Atenção

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

12. Reajustes

INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE ADESÃO DE CADA BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE) À REFERIDA APÓLICE COLETIVA, O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO SERÁ REAJUSTADO 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 reajustes apresentados a seguir são precedidos de comunicação da Salutar para a Qualicorp e, por conseguinte, da Qualicorp para os beneficiários. Os reajustes obedecem às apurações realizadas pela Salutar.

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 12.3. (“Reajuste por mudança de faixa etária”) deste Manual.

12.1. REAJUSTE FINANCEIRO

Reajuste com base na variação dos custos médico-hospitalares, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro-saúde, durante os 12 (doze) meses anteriores à data da aplicação do reajuste, independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) à apólice coletiva.

12.2. 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 esta apólice coletiva, tanto o realizado na rede de prestadores referenciados pela Salutar quanto o realizado por prestadores não referenciados (de livre escolha, via reembolso de despesas pagas pelos beneficiários, conforme condições contratuais).

12.

Reajustes

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) à apólice coletiva.

A aplicação desse reajuste visa manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice coletiva, 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 seguro-saúde (veja mais em “Use bem, use sempre”).

12.3. 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, neste Manual.

Faixa etária	Salutar Clássico Adesão Enfermaria sem co-part ou Franquia	Especial Adesão sem Coparticipação sem Franquia	SALUTAR 600	SALUTAR 600 MAIS	Especial Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	21,00%	21,00%	21,00%	21,00%	21,00%
De 24 a 28 anos	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
De 29 a 33 anos	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%
De 34 a 38 anos	13,00%	13,00%	13,00%	13,00%	13,00%
De 39 a 43 anos	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%
De 44 a 48 anos	64,00%	64,00%	64,00%	64,00%	64,00%
De 49 a 53 anos	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%
De 54 a 58 anos	29,00%	29,00%	29,00%	29,00%	29,00%
59 anos ou mais	59,00%	59,00%	59,00%	59,00%	59,00%

12.

Reajustes

Faixa etária	Executivo Adesão sem Coparticipação sem Franquia	Executivo Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia	VIP Adesão sem Coparticipação sem Franquia	Super
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	21,00%	21,00%	21,00%	21,00%
De 24 a 28 anos	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
De 29 a 33 anos	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%
De 34 a 38 anos	13,00%	13,00%	13,00%	13,00%
De 39 a 43 anos	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%
De 44 a 48 anos	64,00%	64,00%	64,00%	64,00%
De 49 a 53 anos	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%
De 54 a 58 anos	29,00%	29,00%	29,00%	29,00%
59 anos ou mais	59,00%	59,00%	59,00%	59,00%

Atenção

A inexistência de reajuste por mudança de faixa etária a partir dos 60 (sessenta) anos de idade não inviabiliza nem prejudica a realização dos outros reajustes (financeiro e por índice de sinistralidade) previstos nesta apólice coletiva.

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao seguro-saúde

AS REGRAS PARA A SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO, BEM COMO PARA A EXCLUSÃO DA ADESÃO DE BENEFICIÁRIOS (TITULARES E/OU DEPENDENTES) E PARA UMA NOVA ADESÃO À APÓLICE COLETIVA, ESTÃO INDICADAS A SEGUIR E OBSERVAM AS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

13.1. 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 à apólice coletiva, desde que faça uma solicitação, por escrito, que seja recebida pela Qualicorp.

A solicitação da exclusão de beneficiário(s) dependente(s) ou do beneficiário titular deve necessariamente ser feita pelo próprio beneficiário titular, respeitando-se os prazos e as condições constantes do capítulo 10 (“Alterações cadastrais”) deste Manual.

13.2. 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 da apólice coletiva, o(s) beneficiário(s) dependente(s) automaticamente também será(ão) desligado(s).

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao seguro-saúde

13.3. SUSPENSÃO DO DIREITO AO SEGURO-SAÚDE POR INADIMPLÊNCIA

O atraso no pagamento do valor mensal do benefício poderá acarretar, durante o período de inadimplência, a suspensão automática do direito do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ao seguro-saúde, direito esse que somente será restabelecido a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos mencionados no item 11.4. (“Atraso e inadimplência”) observada a possibilidade de cancelamento conforme indicado a seguir.

13.4. CANCELAMENTO DA ADESÃO POR INADIMPLÊNCIA

A falta de pagamento do valor mensal do benefício, até o último dia da vigência referente ao mês não pago, poderá ocasionar o cancelamento automático do benefício, isto é, a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) da apólice coletiva, 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 da exclusão de dependente(s) ou da exclusão da adesão do próprio beneficiário titular, por qualquer motivo, 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, no caso de exclusão ou cancelamento, 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.

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao seguro-saúde

13.5. 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 Salutar, 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”).

13.6. 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.

13.7. PERDA DO DIREITO A BENEFÍCIOS E/OU A TODO O SEGURO-SAÚDE

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

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

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao seguro-saúde

- Declarações incompletas, equivocadas, errôneas ou imprecisas quanto ao estado de saúde e/ou doenças declarados na Declaração de Saúde.
- Fraude ou dolo.
- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada pela Qualicorp, em nome da Salutar, 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 Salutar.

Anexo I

Plano Salutar Clássico Adesão
Enfermaria sem co-part ou
franquia

Plano Salutar Clássico Adesão Enfermaria sem co-part ou franquia

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 13 DESTA MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Salutar Clássico Adesão Enfermaria sem co-part ou franquia

1.1.2. Código do plano

465.884/11-1

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 o “Grupo de Municípios” listados a seguir, de acordo com a opção indicada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”).

Plano Salutar Clássico Adesão Enfermaria sem co-part ou franquia

Grupo de Municípios para o plano Salutar Clássico Adesão Enfermaria sem co-part ou franquia

Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Niterói, e São Gonçalo.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Salutar ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

Plano Salutar Clássico Adesão Enfermaria sem co-part ou franquia

2.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Salutar Clássico Adesão Enfermaria sem co-part ou franquia:

Plano	Beneficiário não internado		Beneficiário internado	
	Consultas médicas	Diagnose-terapias e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares e SADT
Salutar Clássico Adesão Enfermaria sem co-part ou franquia	1,0	1,0	1,0	1,0

Anexo II

Plano Especial Adesão sem Coparticipação sem Franquia

Plano Especial Adesão sem Coparticipação sem Franquia

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 13 DESTA MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Especial Adesão sem Coparticipação sem Franquia

1.1.2. Código do plano

467.305/12-1

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 o “Grupo de Municípios” listados a seguir, de acordo com a opção indicada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”).

Plano Especial Adesão sem Coparticipação sem Franquia

Grupo de Municípios para o plano Especial Adesão sem Coparticipação sem Franquia

Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Magé, Mesquita, Niterói, Nilópolis e São Gonçalo.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Salutar ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

Plano Especial Adesão sem Coparticipação sem Franquia

2.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Especial Adesão sem Coparticipação sem Franquia:

Plano	Beneficiário não internado		Beneficiário internado	
	Consultas médicas	Diagnose-terapias e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares e SADT
Especial Adesão sem Coparticipação sem Franquia	1,0	1,0	2,0	1,0

Anexo III
Plano Salutar 600

Plano Salutar 600

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 13 DESTA MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Salutar 600

1.1.2. Código do plano

474.222/15-2

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.

Plano Salutar 600

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

Grupo de Municípios: Duque de Caixas, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Salutar ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

Plano Salutar 600

2.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Salutar 600:

Plano	Beneficiário não internado		Beneficiário internado	
	Consultas médicas	Diagnose-terapias e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares e SADT
Salutar 600	1,0	1,0	2,0	1,0

Anexo IV
Plano Salutar 600 mais

Plano Salutar 600 mais

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 13 DESTES MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Salutar 600 mais

1.1.2. Código do plano

474.216/15-8

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.

Plano Salutar 600 mais

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

Grupo de Municípios: Duque de Caixas, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Salutar ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

Plano Salutar 600 mais

2.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Salutar 600 mais:

Plano	Beneficiário não internado		Beneficiário internado	
	Consultas médicas	Diagnose-terapias e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares e SADT
Salutar 600 mais	1,0	1,0	2,0	1,0

Anexo V

Plano Especial Top Adesão sem
Coparticipação sem Franquia

Plano Especial Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 13 DESTA MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Especial Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia

1.1.2. Código do plano

467.306/12-9

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

Plano Especial Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia

Grupo de Municípios para o plano Especial Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia

Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Magé, Mesquita, Niterói, Nilópolis e São Gonçalo.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Salutar ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais,

Plano Especial Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia

efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Especial Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia:

Plano	Beneficiário não internado		Beneficiário internado	
	Consultas médicas	Diagnose-terapias e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares e SADT
Especial Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia	1,0	1,0	2,0	1,0

Anexo VI

Plano Executivo Adesão sem
Coparticipação sem Franquia

Plano Executivo Adesão sem Coparticipação sem Franquia

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 13 DESTA MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Executivo Adesão sem Coparticipação sem Franquia

1.1.2. Código do plano

467.307/12-7

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende o Estado do Rio de Janeiro de acordo com a opção indicada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”).

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

Plano Executivo Adesão sem Coparticipação sem Franquia

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. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Salutar ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Executivo Adesão sem Coparticipação sem Franquia:

Plano	Beneficiário não internado		Beneficiário internado	
	Consultas médicas	Diagnose-terapias e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares e SADT
Executivo Adesão sem Coparticipação sem Franquia	3,0	2,0	4,0	4,0

Anexo VII
Plano Executivo Top Adesão sem
Coparticipação sem Franquia

Plano Executivo Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 13 DESTA MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Executivo Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia

1.1.2. Código do plano

467.308/12-5

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende o Estado do Rio de Janeiro de acordo com a opção indicada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”).

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

Plano Executivo Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia

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. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Salutar ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Executivo Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia:

Plano	Beneficiário não internado		Beneficiário internado	
	Consultas médicas	Diagnose-terapias e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares e SADT
Executivo Top Adesão sem Coparticipação sem Franquia	3,0	2,0	4,0	4,0

Anexo VIII

Plano VIP Adesão sem
Coparticipação sem Franquia

Plano VIP Adesão sem Coparticipação sem Franquia

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 13 DESTA MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

VIP Adesão sem Coparticipação sem Franquia

1.1.2. Código do plano

467.309/12-3

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 estadual.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende o Estado do Rio de Janeiro de acordo com a opção indicada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”).

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

Plano VIP Adesão sem Coparticipação sem Franquia

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. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Salutar ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano VIP Adesão sem Coparticipação sem Franquia:

Plano	Beneficiário não internado		Beneficiário internado	
	Consultas médicas	Diagnose-terapias e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares e SADT
VIP Adesão sem Coparticipação sem Franquia	6,0	3,0	8,0	8,0

Anexo IX
Plano Super

Plano Super

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 13 DESTES MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Super

1.1.2. Código do plano

410.812/99-4

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

Plano Super

Grupo de Municípios para o plano Super

Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Magé, Mesquita, Niterói, Nilópolis e São Gonçalo.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é referência.

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

1.6. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Além das coberturas previstas no capítulo 4 (“Coberturas e procedimentos garantidos”) deste Manual, a cobertura assistencial de que trata o plano Super 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.

1. 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;

Plano Super

- B. Emergência, definidos como os atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.
- Nos casos em que houver acordo de Cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às Doenças e lesões preexistentes (DLP) (artigo 6.º da Resolução CONSU 13/1998), a garantia de atendimento será limitada às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.
 - Depois de 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.

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Salutar ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Super:

Plano	Beneficiário não internado		Beneficiário internado	
	Consultas médicas	Diagnose-terapias e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares e SADT
Super	1,0	1,0	2,0	1,0

Plano Super

03. TRANSFERÊNCIA DE PLANO

O recurso de transferência de plano descrito no capítulo 10. (“Alterações Cadastrais”), no item 10.11. (“Transferência de plano”) deste Manual, não está disponível para este plano de saúde.

Use bem, use sempre

Para usar da maneira mais adequada o seguro-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 seguro-saúde. A totalidade das despesas é calculada pela soma dos valores pagos por todo e qualquer atendimento prestado aos beneficiários e coberto por esta apólice coletiva. Por isso, é essencial que todos os beneficiários saibam utilizar o seguro-saúde de forma adequada, sem desperdícios.

ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO

- Dê preferência à rede médica referenciada pela Salutar.
- 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 referenciada pela Salutar 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 seguro-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 Salutar ou a Qualicorp.



Central de Atendimento Salutar

(21) 2216-6750

Central de Serviços Qualicorp

4004-4400

Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000

Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002

Todo o Brasil

Salutar:

ANS nº 000027

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 417173



3.11.53.01.00001

C. set/2015-00006 | I. set/2015