



Mecanismos de Regulação

Mecanismos de Regulação

A **CONTRATADA** colocará à disposição dos beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde, a que alude o Contrato, para a cobertura assistencial ora contratada, centros médicos, ambulatórios, laboratórios, consultórios, hospitais, e respectivos profissionais da área da saúde, constantes deste “Manual de Orientação do Beneficiário”, que dele faz parte integrante para todos os efeitos legais, restringindo-se à sua área de abrangência contratual.

A **CONTRATADA** reserva-se o direito, nos casos de tratamento e/ou internação, em prestar o referido serviço em clínica ou hospital por ela determinado, ou ainda proceder a indicação ou remoção do paciente a seu juízo e critério.

A **CONTRATADA** poderá proceder à substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços credenciados, constantes do mencionado “Manual de Orientação do Beneficiário”, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos.

Quando houver substituição de entidade hospitalar, a **CONTRATADA** deverá comunicar aos beneficiários e à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ressalvados os casos de fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

A **CONTRATADA** poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei no 9.656/98, mediante autorização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, proceder à redução da quantidade de hospitais referenciados no referido “Manual de Orientação do Beneficiário”.

Em ocorrendo os descredenciamentos mencionados acima, os beneficiários terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante da rede credenciada da **CONTRATADA**, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar por substituição, por vontade da **CONTRATADA**, durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos no Contrato, o mesmo permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da **CONTRATADA**.

Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração, às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a **CONTRATADA** responsabilizar-se-á pela transferência imediata do

beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional.

As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente.

Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr, por conta da **CONTRATADA**, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

Quando da utilização dos serviços cobertos pelo Contrato, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços, credenciado pela **CONTRATADA**, o Cartão de Identificação do beneficiário, além do documento de identidade do beneficiário-paciente.

Qualquer fraude em documento ou informação, acarretará a imediata exclusão do beneficiário-titular e seus dependentes, não lhes assistindo direito a quaisquer dos benefícios previstos no Contrato, assim como a devolução de qualquer quantia paga.

A **CONTRATADA** não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário.

A **CONTRATADA** se obriga a dar completa assistência e orientação à **CONTRATANTE**, para correta utilização dos serviços contratados.

A **CONTRATANTE** se obriga a esclarecer, plenamente, os seus empregados ou dependentes sobre as condições de utilização dos serviços ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.

Em qualquer hipótese, a utilização dos serviços dependerá da comprovação da inscrição no cadastro da **CONTRATADA** e da apresentação do cartão de identificação do beneficiário.

Os serviços credenciados servem de suporte para a rede própria da **CONTRATADA**, motivo pelo qual os beneficiários não deverão utilizá-los sem prévia autorização da **CONTRATADA**, cabendo à **CONTRATADA** indicar qual o prestador será indicado para o atendimento.

Dependerão de autorização prévia os atendimentos e consultas ambulatoriais nos prestadores hospitalares, credenciados para esta modalidade de atendimento, que não pertencem à rede própria.

AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS: Os procedimentos contratados deverão ser autorizados previamente pela **CONTRATADA**, exceto nos casos de urgência e emergência.

Os atendimentos em ambulatorios poderão, somente a critério da **CONTRATADA**, dispensar a autorização prévia.

Quando o profissional assistente emitir uma **Solicitação de Internação** eletiva ou programada, o beneficiário deverá comparecer diretamente – com a solicitação original, acompanhada do Cartão de Identificação e documento de identidade – na Central de Autorizações.

Quando o profissional assistente emitir uma **Solicitação de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia** – à exceção do pedido de médico não pertencente a rede própria ou credenciado que terá tratamento diferenciado, conforme item “Solicitação de Profissional não Pertencente a Rede Própria ou Credenciada” – proceder da seguinte forma:

Para Solicitação de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – Simples: o beneficiário deverá comparecer nos Centros Médicos Próprios para solicitar a autorização prévia, munido do Cartão de Identificação, documento de identidade e da Solicitação.

Para Solicitação de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – Especiais: o beneficiário deverá comparecer na Central de Autorizações para solicitar a autorização prévia, munido do Cartão de Identificação, documento de identidade e da Solicitação.

Em caso de dúvida, o beneficiário deverá entrar em contato através dos Canais de Comunicação da **CONTRATADA**, descritos no “Manual de Orientação do Beneficiário”.

Em caso de internação hospitalar e exames auxiliares de diagnóstico e tratamento, o beneficiário deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, além de documento de identificação e o cartão de identificação do beneficiário, a autorização prévia devidamente emitida pela **CONTRATADA**.

As internações feitas em caráter de emergência, dentro dos limites da cobertura contratada, deverão ser comunicadas à **CONTRATADA** até o primeiro dia útil, mediante declaração do médico assistente, para que seja providenciada a remoção ou emitida a autorização prévia correspondente, à critério exclusivo da **CONTRATADA**, sendo certo que a falta de comunicação no referido prazo, acarretará a não cobertura por parte da **CONTRATADA**, das despesas resultantes do atendimento.

É garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de 01 (um) dia útil, a partir do recebimento da solicitação para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação ou, em prazo inferior, quando caracterizada urgência.

A definição mencionada acima implica na autorização do procedimento solicitado ou não autorização, bem como, informar ao beneficiário, por exemplo, que serão necessários maiores esclarecimentos por parte do médico assistente.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não pertencentes à rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**, observado o item “SOLICITAÇÃO DE PROFISSIONAL NÃO PERTENCENTE À REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA”.

SOLICITAÇÃO DE PROFISSIONAL NÃO PERTENCENTE À REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA: A **CONTRATADA** não negará autorização para realização do procedimento, exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada.

Quaisquer solicitações realizadas por profissional não pertencente à rede própria ou credenciada serão analisados mediante a apresentação de formulário específico, fornecido pela **CONTRATADA**, preenchido integralmente, de forma legível, sob pena de ser devolvido para complementação, e do Cartão de Identificação.

Se a documentação não contiver todos os dados que permitam a análise conclusiva para autorização do procedimento, a **CONTRATADA** poderá solicitar ao beneficiário documentação ou informações complementares sobre a solicitação.

Estas solicitações deverão ser apresentadas na Central de Atendimento ao Cliente, pessoalmente, e obedecerão, no que couber, o disposto no item “Autorizações Prévias”.

Os valores de consultas ou honorários médicos, relativos aos profissionais não pertencentes a rede própria ou credenciada, não serão reembolsados pela **CONTRATADA**.

A **CONTRATADA** poderá encaminhar o paciente e sua solicitação a um profissional de indicação da **CONTRATADA** a fim de valer-se de uma segunda opinião médica.

Na hipótese de ocorrer quaisquer divergências médicas as mesmas serão dirimidas por Junta Médica, conforme item “DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA E JUNTA MÉDICA”.

DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA E JUNTA MÉDICA: As divergências de natureza médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, sobre os atendimentos previstos no contrato, serão dirimidas por uma Junta Médica composta por 03 (três) membros, sendo o profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, um nomeado pela **CONTRATADA**, e um terceiro desempassador, escolhido de comum acordo pelos dois nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

Se não houver acordo na escolha do médico desempataador, a sua designação será solicitada ao Presidente de uma das Sociedades Médicas sediadas em uma localidade onde a **CONTRATADA** tiver escritório.

Cada uma das partes pagará os honorários e despesas do médico que nomear, sendo que os do terceiro desempataador serão pagos pela **CONTRATADA**.

CO-PARTICIPAÇÃO – TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS: Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime AMBULATORIAL OU HOSPITALAR, exceda os limites previstos no contrato, após esse período, haverá a co-participação, **que é a participação financeira da CONTRATANTE quando da utilização dos referidos serviços de assistência. A co-participação será aplicada no percentual de 80%, sobre as despesas hospitalares e honorários médicos de internação, observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época da contratação.**

No caso previsto acima, a **CONTRATADA** efetuará o pagamento do total da despesa, relativa ao período excedente, diretamente ao prestador do serviço e realizará a cobrança de 80% à **CONTRATANTE** em sua fatura mensal.

TRANSPLANTES DE RINS E CÓRNEAS: Os beneficiários sujeitos a esse procedimento cirúrgico deverão estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOS, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT e estarão sujeitos aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos.

CONSULTAS: O beneficiário deverá identificar no “Manual de Orientação do Beneficiário” a especialidade desejada e ligar no número de telefone indicado para realizar o agendamento.

Sempre que não puder comparecer a uma consulta, o beneficiário deverá ligar desmarcando, com antecedência, evitando assim transtornos ao médico, a outros pacientes e ao serviço médico.

Algumas consultas são agendadas pessoalmente ou dependem de prévio encaminhamento do médico assistente. Em caso de dúvida, consulte os Canais de Comunicação da **CONTRATADA**, descritos no “Manual de Orientação do Beneficiário”.