

Blumenau, 20 de novembro de 2016.

Comunicado de Atualização aos Contratos Coletivos

Em decorrência das novas normativas publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), comunicamos aos beneficiários vinculados aos contratos de planos de saúde coletivos, celebrados a partir de janeiro de 1999, e, aos que adaptaram seus contratos à Lei 9656/98 que por força normativa encontram-se disponíveis na Operadora suas atualizações contratuais garantindo-lhes os seguintes direitos, de conformidade com as segmentações contratadas:

- 1) **A Súmula Normativa nº 25 de 13 de setembro de 2012**, estabeleceu condições especiais para isenção e/ou aproveitamento de carências já cumpridas pelo titular, a serem observadas na inscrição de recém-nascidos: filho natural, adotado, sob guarda, tutela e aproveitamento de carências na inscrição do menor de 12 anos adotado, sob guarda ou tutela e filho cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente. Abaixo algumas condições:
 - a) A inscrição deve ser requerida no prazo de 30 dias contados do ato: nascimento, adoção, guarda, tutela ou reconhecimento judicial ou extrajudicial da paternidade;
 - b) O Recém-nascido não possui carências quando o pai ou a mãe já cumpriram o prazo de carência máxima de 180 dias;
 - c) O Recém-nascido terá direito ao aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular, quando o pai ou a mãe não tiverem cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;
 - d) O Menor de 12 anos adotado, ou sob guarda ou tutela: terá aproveitamento das carências já cumpridas pelo adotante (pai ou mãe) ou responsável legal;
 - e) O Menor de 12 anos, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente: terá aproveitamento das carências já cumpridas pelo pai;
 - f) Se inscritos dentro do prazo de 30 dias a que se refere, contra os referidos dependentes não caberá análise de doenças ou lesões preexistentes;

2) A **Resolução Normativa nº 338, de 21 de outubro de 2013**, estabeleceu a lista de procedimentos que passaram a ter cobertura pelo plano de saúde a partir de janeiro/2014. No atendimento, sempre será observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento. Dentre as novas coberturas incluídas destacamos:

- 28 cirurgias Videolaparoscopia;
- Nova técnica de radioterapia para tumores de cabeça e pescoço (IMRT);
- Terapia antineoplásica oral de uso domiciliar (37 medicamentos com diretriz de utilização) e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico);
- Consulta com Fisioterapeuta (Rol anterior previa apenas sessão/tratamento).

Ainda, em atendimento à Resolução Normativa nº 338, não haverá mais cobrança de coparticipação nas internações psiquiátricas, quando ultrapassados o prazo de 30 dias nos 12 (doze) meses de vigência do contrato, com exceção aos planos que preveem coparticipação nas demais internações.

3) A **Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015**, estabeleceu a lista de procedimentos que passaram a ter cobertura pelo plano de saúde a partir de janeiro/2016. No atendimento sempre será observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento. Dentre as novas coberturas incluídas destacamos:

- Implante intravítreo de polímero farmacológico de liberação controlada;
- Pantofotocoagulação á laser na retinopatia da prematuridade;
- Prótese auditiva ancorada em osso (com diretriz de utilização);
- Termoterapia transpupilar a laser (com diretriz de utilização);
- Tratamento da hiperatividade vesical: injeção intravesical de toxina butolínica;
- Implante de cardiodesfibrilador multissítio - trc-d (gerador e eletrodos) - com diretriz de utilização;
- Implante de monitor de eventos (looper implantável) - com diretriz de utilização;

- HLA B27, Fenotipagem;
- Anticorpos anti peptídeo cíclico citrulinado - IGG (anti CCP);
- Antígeno NS1 do vírus da dengue, pesquisa.

A relação completa dos procedimentos que passaram a ter cobertura a partir de 02 de janeiro de 2016, respeitada a segmentação de cobertura do plano e períodos de carências, estão disponíveis no site da ANS, no link: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir/como-e-elaborado-o-rol-de-procedimentos>.

- 4) **A Resolução Normativa nº 347, de 2 de abril de 2014**, dispõe sobre a cobertura de remoção terrestre de beneficiários que já tenham cumprido o período de carência, cujos contratos possuem segmentação hospitalar, observadas as seguintes condições:

DENTRO da área de abrangência do plano e mediante indicação do médico assistente	
a) De um Hospital ou Pronto Atendimento do SUS.	Para Hospital da Rede
b) De um Hospital ou Pronto Atendimento particular, não integrante da rede da operadora.	
c) De um Hospital ou Pronto Atendimento da Rede: na falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de origem.	
d) De uma clínica ou consultório: em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospital ou pronto atendimento no local onde o paciente foi atendido. (RN 259).	

DENTRO da área de abrangência do plano e mediante indicação do médico assistente	
a) De um Hospital ou Pronto Atendimento do SUS.	Para Hospital da Rede
b) De um Hospital ou Pronto Atendimento particular, não integrante da rede da operadora.	
c) De um Hospital ou Pronto Atendimento da Rede: na falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de origem.	
d) De uma clínica ou consultório: em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospital ou pronto atendimento no local onde o paciente foi atendido. (RN 259).	

FORA da área de abrangência do plano e mediante indicação do médico assistente	
a) Do Hospital ou Pronto Atendimento	Para Hospital da Rede , na área de abrangência do plano, desde que: <ul style="list-style-type: none"> a) o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de abrangência do seu plano. b) nos termos da RN 259, em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano.
c) Do Hospital ou Pronto Atendimento Particular (não integrante da rede)	

NÃO SERÁ OBRIGATÓRIA a Remoção	
a) De local público ou privado que não seja unidade hospitalar ou Pronto Atendimento, tais como consultórios e clínicas, ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestadores, conforme previsto nos art. 4º, 5º e 6º da RN 259.	
b) De Hospital ou Pronto Atendimento da Rede, dentro da área de abrangência do plano.	Para hospital Privado.

- 5) **A Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011**, dispõe sobre a garantia de atendimento aos beneficiários. Comunicamos abaixo as regras a serem observadas em caso de dificuldades no agendamento do serviço ou atendimento, seja por indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviço e reembolso.

Dificuldade de Agendamento: Sempre que houver dificuldade no agendamento do serviço ou atendimento, seja por indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano, o beneficiário ou seu responsável deverá comunicar à CONTRATADA, através do telefone informado no verso do cartão do plano de saúde, visando o agendamento do atendimento, observadas as regras abaixo:

- a) O atendimento solicitado será assegurado pela CONTRATADA em município integrante da área de abrangência e atuação do plano, nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da solicitação, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário;

- b) A contagem do prazo para garantia do atendimento, se inicia na data da solicitação do serviço ou do atendimento pelo beneficiário ou responsável à CONTRATADA.

Reembolso: O direito ao reembolso de atendimento somente será assegurado nas situações e condições abaixo, quando devidamente comprovados:

I. Reembolso em conformidade com disposto no inciso VI do artigo 12 da Lei 9656/98 em caso de atendimento de urgência e emergência:

- a) Quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA que fazem parte da rede de atendimento do respectivo plano e desde que o atendimento tenha sido realizado dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano.
- b) O reembolso será nos limites das obrigações contratuais, observadas as carências, cobertura parcial temporária, área de abrangência e atuação do plano, segmentação e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento. O valor será de acordo com os valores praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano.

II. Reembolso em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador em conformidade com a Resolução Normativa nº 259, para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo, conforme regras abaixo:

III.

- a) **Atendimento de urgência ou emergência:** O município onde foi realizado o atendimento deve fazer parte da área de abrangência e atuação do plano. Na solicitação do reembolso deve ser apresentada documentação original relativa às despesas efetuadas (*cópia da conta do atendimento, documento fiscal com CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento*) e declaração do médico assistente comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência.
- b) **Atendimento eletivo:** o direito ao reembolso será assegurado quando realizado em município que faça parte da área de abrangência e atuação do plano, além de atendidos aos critérios abaixo:

1. Necessidade de atendimento e dificuldade de agendamento em razão da inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento deste plano, e, desde que tenha sido previamente comunicado à CONTRATADA através dos canais indicados no verso do cartão do plano de saúde, pelo beneficiário ou seu responsável; e
2. Caso a CONTRATADA não tenha efetuado agendamento no prazo legal estabelecido para o procedimento na Resolução Normativa nº 259 da ANS, desde que solicitado pelo beneficiário.
3. Desde que na solicitação do reembolso seja apresentada documentação original relativas às despesas efetuadas (*cópia da conta do atendimento, documento fiscal com CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento*) e número do protocolo fornecido pela CONTRATADA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável quanto à demanda respectiva conforme Resolução Normativa nº 259 da ANS.

A solicitação de reembolso, deverá ser formalizada junto a CONTRATADA no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta. A CONTRATADA terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso do valor devido, descontadas as coparticipações previstas na cláusula Mecanismos de Regulação do contrato original.

- 6) Em atendimento a **Resolução Normativa n. 365 de 11 de dezembro de 2014**, informamos que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial do seu plano ficarão disponíveis no endereço www.unimedblumenau.coop.br e por meio do telefone da Central de Atendimento informado no verso do cartão do beneficiário.
- 7) **Conforme a Resolução Normativa n. 186, de 14 de janeiro de 2009**, o beneficiário dependente inscrito no plano, que perder a condição de dependência, poderá exercer a portabilidade especial de carências nos termos da legislação vigente, em até 60 (sessenta) dias a contar da data da perda do direito, para um plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, descontados os prazos de carência e cobertura parcial temporária já cumpridas no contrato de origem.

8) Em conformidade com o disposto na Resolução Normativa n. 295, de 9 de maio de 2012 e Instrução Normativa 1.610/2016 da Receita Federal, o CONTRATANTE deverá informar a CONTRATADA o número do CPF dos dependentes inscritos no plano que completarem 14 anos. A informação é necessária para que não haja divergência entre a declaração de imposto de renda pessoa física do CONTRATANTE e informações encaminhadas pela Unimed à Receita Federal. A informação poderá ser comunicada através do endereço www.unimedblumenau.coop.br/atualizacaocadastral.

Solicitamos que sejam repassadas estas informações para o conhecimento dos beneficiários vinculados aos contratos coletivos.

Colocamo-nos a disposição para esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários, através dos telefones (47) 3331-8500 ou 0800 6470026.

Atenciosamente,

UNIMED BLUMENAU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO