

Blumenau, 20 de novembro de 2016.

### **Comunicado de Atualização aos Contratos Individuais/Familiares**

Em decorrência das novas normativas publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), comunicamos aos contratantes de planos de saúde 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:

| <b>DENTRO da área de abrangência do plano e mediante indicação do médico assistente</b>  |                       |
|--|-----------------------|
| 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: <b>na falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de origem.</b>                                  |                       |
| d) <b>De uma clínica ou consultório:</b> em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospital ou pronto atendimento no local onde o paciente foi atendido. (RN 259). |                       |

| <b>DENTRO da área de abrangência do plano e mediante indicação do médico assistente</b>  |                       |
|--|-----------------------|
| 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: <b>na falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de origem.</b>                                  |                       |
| d) <b>De uma clínica ou consultório:</b> 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   | <b>Para Hospital da Rede</b> , na área de abrangência do plano, desde que: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de abrangência do seu plano.</li> <li>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.</li> </ul> |
| 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, <b>ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestadores, conforme previsto nos art. 4º, 5º e 6º da RN 259.</b> |                        |
| 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](http://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](http://www.unimedblumenau.coop.br/atualizacaocadastral).

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**