

Comunicado: Atualizações Legais do Plano de Saúde Decorrentes de Normas da ANS.

Cumpra esclarecer que o vosso contrato de plano de saúde, permanece não adequado às regras estabelecidas na Resolução Normativa nº 195/2009 e outras que determinam a regularização através de aditamento contratual como Resolução Normativa nº 279 e 309.

Porém ficam assegurados os demais direitos, previstas em novas normativas publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que se aplicam aos contratos celebrados a partir de janeiro de 1999. Desta forma, viemos pelo presente comunicar as alterações que passam a ser asseguradas aos beneficiários vinculados ao contrato de plano de saúde coletivo, mesmo que não estejam dispostas na redação do vosso contrato:

- 1) A Resolução Normativa nº 389 de 26 de novembro de 2015, trata da disponibilização de informações obrigatórias aos beneficiários de planos de saúde com acesso individualizado para titulares e dependente através de login e senha no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS. Neste espaço estão disponíveis informações cadastrais do plano, extrato da utilização dos serviços e acesso disponível no endereço eletrônico: [www.unimed.com.br/planaltonorte](http://www.unimed.com.br/planaltonorte).

Também está disponível no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS a Tabela de Referência de Coparticipação, válida aos contratantes de planos que possuem coparticipação como fator moderador de uso do plano. Além de acesso a 2ª via do boleto, atualização cadastral, Demonstrativo de Imposto de Renda, dentre outros.

- 2) A Resolução Normativa nº 395 de 14 de janeiro de 2016, define regras a serem observadas pelas Operadoras no atendimento prestado aos beneficiários de forma presencial ou telefônico, referente a informações sobre cobertura ou contrato e nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial. Definir prazo para retorno e fornecimento do protocolo de atendimento. Seguem abaixo os nossos canais de atendimento:

- SAC: <0800 644 0207> Atendimento telefônico gratuito e funciona 24 horas nos 7 dias da semana.
- Correspondências: As demandas por meio de correio podem ser remetidas à CONTRATADA no endereço da sede: Avenida Dom Pedro II, 373 – Centro – São Bento do Sul/SC – CEP: 89.280-136.

- Ouvidoria: <0800 643 3060 > Tem o compromisso de reanalisar e orientar os beneficiários que já registraram a sua manifestação ao SAC e obtiveram retorno neste canal, mas por algum motivo não ficaram satisfeitos com o resultado da sua solicitação.

3) A Resolução Normativa nº 412 de 10 de novembro de 2016, estabelece as regras para a solicitação de cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar e a exclusão de beneficiários a pedido do titular. O pedido tem efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da operadora, através dos canais de atendimento abaixo indicados. Portanto, a reativação em caso de arrependimento não será possível.

- SAC: conforme número de telefone informado no verso do seu cartão;
- Portal da Operadora, canal do beneficiário PIN-SS: disponível no endereço eletrônico:  
[www.unimed.com.br/planaltonorte](http://www.unimed.com.br/planaltonorte);
- Presencial: no endereço da Unimed onde foi feita a contratação do plano de saúde.

A partir da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário é proibida a utilização do plano de saúde, inclusive para os procedimentos agendados e autorizados previamente pela operadora, bem como os casos de urgência ou emergência. Na eventualidade de uso, o pagamento de tais despesas será de responsabilidade do beneficiário.

Para demais informações consulte no Portal da Operadora sobre as consequências do cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiários do plano de saúde, disponível no endereço eletrônico:  
[www.unimed.com.br/planaltonorte](http://www.unimed.com.br/planaltonorte).

4) A Resolução Normativa nº 424, de 26 de junho de 2017, estabelece as regras para a realização de junta médica ou odontológica para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde solicitado pelo médico assistente do beneficiário. A junta médica deve ser aplicada em caso de divergência de opinião entre médico da operadora e o médico assistente, onde a definição caberá a um terceiro profissional médico escolhido para atuar como desempatador. Todos os envolvidos no processo serão devidamente informados conforme segue:

- a) O beneficiário ou seu representante legal, bem como o médico assistente serão devidamente notificados pela CONTRATADA sobre a abertura do processo de junta médica e a indicação dos profissionais aptos a opinar e dirimir a divergência. Em caso de recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a

junta, caberá à CONTRATADA indicar imediatamente um profissional dentre os sugeridos.

- b) Caberá ao desempatador avaliar os documentos apresentados e deliberar quanto a necessidade de realização de exames complementares, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e/ou a presença do beneficiário na junta médica. Em caso de necessidade de junta médica presencial, a participação do beneficiário é obrigatória.
  
- c) Nas situações acima, a CONTRATADA notificará previamente o beneficiário ou seu responsável legal sobre a data e local para realização da junta médica presencial e/ou exames complementares a serem realizados tais como: prazos; condições; entrega dos laudos de exames; e consequências em caso de não cumprimento do requerido, conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.
  
- d) Em caso de ausência não comunicada pelo beneficiário na junta médica presencial ou a não realização ou entrega dos resultados de exames requeridos, prevalecerá o entendimento do médico da operadora, justificando inclusive a negativa de atendimento quando for o caso.
  
- e) O parecer do desempatador será acatado pela CONTRATADA, desde que o procedimento indicado no parecer conclusivo da junta esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento. Caso o profissional assistente não concorde com o parecer conclusivo da junta, a CONTRATADA garantirá profissional apto a realizar o procedimento.
  
- f) É de responsabilidade da CONTRATADA custear as despesas do processo de junta médica, tais como: honorários do profissional da terceira opinião, exames complementares, custos de deslocamento e estadia para realização da junta médica presencial, dentre outros relativos exclusivamente ao processo de junta médica, conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

5) A Resolução Normativa nº 428, de 07 de novembro de 2017, atualizou a lista de procedimentos que passaram a ter cobertura pelo plano de saúde a partir de 02 de janeiro de 2018. Além da inclusão de novos procedimentos, a ANS também ampliou coberturas alterando as Diretrizes de Utilização (DUT) de procedimentos já existente.

Esclarecemos que no momento do atendimento será observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitada a segmentação de cobertura do plano e períodos de carências.

Consta em anexo (arquivo Lista incorporação\_Rol ANS 2018) a relação completa dos procedimentos incorporados ao Rol que passam a ter cobertura a partir de 02 de janeiro de 2018.

Sendo o que consta para o momento, solicitamos que seja dado conhecimento aos beneficiários das alterações legais acima citadas. Colocamo-nos a disposição para esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários, através do telefone 0800 644 0207.

Atenciosamente,

