

São Miguel do Oeste - SC, 24 de setembro de 2024.

Atualização do Rol de Procedimentos Médicos

Para contratos regulamentados firmados após 1º de janeiro de 1999 e adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998

A cobertura do seu plano de saúde é estabelecida em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde, observada a segmentação, abrangência de cobertura, carências e períodos de cobertura parcial temporária. Desta forma, comunicamos que a Resolução Normativa nº 465, de 02 de março de 2021, que atualiza as regras e a lista de Procedimentos e Eventos em Saúde está passando por alterações que ampliam a cobertura pelo plano de saúde, de acordo com o(s) seguinte(s) normativo(s):

Resolução Normativa nº 610/2024 dispõe sobre:

- Cobertura obrigatória da substância Lenalidomida, para LF - Linfoma folicular, indicada em combinação com rituximabe, para tratamento de pacientes com linfoma folicular previamente tratados;
Cobertura obrigatória do medicamento Pamoato de pasireotida para tratamento de pacientes adultos, sem diabetes, com acromegalia, para os quais a cirurgia do tumor hipofisário foi ineficaz ou é contraindicada e que não estão adequadamente controlados com análogos da somatostatina de 1ª geração; e
Cobertura obrigatória ao Sulfato de gentamicina para tratamento de tratamento da
- brucelose humana quando combinado à doxiciclina;
ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA OU MICROONDAS DE METÁSTASES
- HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA E/OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO);
ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA OU MICROONDAS DE METÁSTASES
- HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL POR LAPAROTOMIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) e

1 Diretrizes de Utilização – DUT: Estabelecem os critérios a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

- ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA OU MICROONDAS DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO), para estabelecer a sua cobertura obrigatória no tratamento de metástases hepáticas de câncer colorretal, irrissecáveis ou ressecáveis com alto risco cirúrgico, com tamanho até 4 cm;

Em vigor a partir do dia 01 de agosto de 2024.

Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDU0Mg==>

Resolução Normativa nº 611/2024 dispõe sobre:

- Cobertura obrigatória do medicamento antineoplásico oral ibrutinibe, em combinação com venetoclax, para o tratamento de pacientes adultos com leucemia linfocítica crônica/linfoma linfocítico de pequenas células (LLC/LLPC), em primeira linha; e
- Cobertura obrigatória do medicamento biológico brodalumabe para o tratamento de pacientes com psoríase.

Em vigor a partir do dia 02 de setembro de 2024.

Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDU0Mw==>

Resolução Normativa nº 612/2024 dispõe sobre:

- Cobertura obrigatória do medicamento imunobiológico Tezepelumabe, para o tratamento complementar da asma alérgica grave, e para o tratamento complementar da asma eosinofílica grave; e
- Cobertura obrigatória do medicamento imunobiológico Belimumabe, para o tratamento de pacientes adultos com nefrite lúpica ativa que estejam em uso de tratamento padrão.

¹ Diretrizes de Utilização – DUT: Estabelecem os critérios a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Em vigor a partir do dia 02 de setembro de 2024.

Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDU0NA==>

Lembramos ainda, que caso o seu plano possua coparticipação para os procedimentos realizados em regime ambulatorial, automaticamente a coparticipação passará a incidir sobre os novos procedimentos e coberturas incluídas na revisão do novo rol de coberturas conforme prevê o contrato.

Sendo o que consta para o momento, colocamo-nos a disposição para esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários no telefone 0800 64 80 400.

Atenciosamente

Unimed Extremo Oeste Catarinense.

¹ Diretrizes de Utilização – DUT: Estabelecem os critérios a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.