

MANUAL DO BENEFICIÁRIO – PLANO PERFIL

Prezado Beneficiário,

Este é o **Manual do Beneficiário da ELOSAÚDE**. Nele você encontrará informações importantes para melhor usufruir dos benefícios oferecidos por seu plano.

As orientações aqui descritas estão concentradas em aspectos operacionais e administrativos, além de informações que visam a facilitar o acesso aos serviços.

No tocante à legislação a ELOSAÚDE é regulada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, cujo principal diploma legal é a Lei 9.656/98. Nesse sentido, toda a operação e as coberturas oferecidas pelos planos estão subordinadas à regulação oficial.

O **Regulamento do Plano** – instrumento cujas regras podem ser variáveis de acordo com o plano no qual o beneficiário está inscrito – é o documento que disciplina a relação entre a ELOSAÚDE e seus beneficiários, **por isso deve ser lido atentamente**. O presente “Manual do Beneficiário” integra e está subordinado aos **Regulamentos de cada Plano**.

Leia-o atentamente e o mantenha consigo para consultas futuras.

Para facilitar a leitura, seguem os principais termos técnicos utilizados ao longo do texto:

- a. **OPERADORA:** Instituição que atua no segmento de saúde suplementar (ex. ELOSAÚDE);
- b. **ANS:** Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão que regula a atividade dos planos de saúde. Maiores informações podem ser obtidas diretamente no site: www.ans.gov.br;
- c. **BENEFICIÁRIO:** Toda pessoa regularmente inscrita em um dos planos ELOSAÚDE;
- d. **ROL DE PROCEDIMENTOS:** Lista de procedimentos médicos, publicada pela ANS e atualizada periodicamente. Tais procedimentos caracterizam a exigência legal mínima em termos de cobertura para os planos;
- e. **RN, IN, RDC E SÚMULA:** Resolução Normativa, Instrução Normativa, Resolução de Diretoria Colegiada e Súmula Normativa. São documentos publicados pela ANS para regular as atividades do segmento saúde suplementar;
- f. **CID:** Classificação Internacional de Doenças;
- g. **OPME:** Órtese, Prótese e Material Especial;
- h. **MAT/MED:** Materiais e Medicamentos;
- i. **SADT:** Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia;
- j. **COBERTURAS:** Atendimentos que o plano oferece a determinado beneficiário/grupo;

A ELOSAÚDE espera que você e seus familiares gozem sempre de perfeita saúde, contudo, caso necessitem - para prevenção ou tratamento – está à sua inteira disposição.

Boa leitura!

Diretoria Executiva ELOSAÚDE
Gerência de Gestão de Plano.

SUMÁRIO

1 – Quem pode ser beneficiário do plano	Pág. 3
2 – Como aderir ao plano	Pág. 3
3 – Como incluir dependentes	Pág. 3
4 – Formalidades/documentos necessários - adesão ao plano	Pág. 4
5 – Como alterar plano e/ou dados cadastrais	Pág. 4
6 – Como cancelar o plano	Pág. 4
7 – Prazos para inclusão e exclusão	Pág. 5
8 – Coberturas do plano	Pág. 5
9 – Como utilizar o plano	Pág. 6
10 – O que são carências	Pág. 7
11 – O que é coparticipação	Pág. 8
12 – Como são feitas as cobranças	Pág. 8
13 – Como são feitos os reajustes de mensalidades	Pág. 8

1. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO

Podem aderir ao plano na condição de titulares:

Diretores, gerentes e empregados da Fundação Elos, Previg Sociedade de Previdência Complementar, Eletrosul S.A., Tractebel Energia, Usina Termelétrica Pampa Sul (empresas do mesmo grupo econômico, desde que tenham firmado convênio de patrocínio).

Aposentados e pensionistas ligados à Fundação ELOS e à PREVIG.

Na condição de **Dependentes** desses titulares poderão ser incluídos:

- a. **Cônjuge ou companheiro** com o qual o titular conviva em união estável;
 - i.i - A **união estável** precisa ser comprovada por documento oficial, registrado em cartório.
- b. **Filhos**;
- c. **Enteados, filhos adotivos e/ou menor** de idade que esteja sob a guarda do titular;
- d. **Irmãos(as) e cunhados(as) do titular**;
- e. **Genros e noras do titular**;
- f. **Sobrinhos(as) do titular**;
- g. **Pai e mãe do titular**;
- h. **Tios(as) do titular**;
- i. **Sogro e sogra do titular**;
- j. **Netos(as) do titular**.

Para que sejam incluídos dependentes é **indispensável** que o titular esteja ativo no plano.

2. COMO ADERIR AO PLANO

Diretores, gerentes ou empregados das patrocinadoras devem procurar o setor de Recursos Humanos ou Benefícios de sua empresa. O processo será executado via empresa.

Aposentados ou pensionistas devem comparecer na ELOSAÚDE munido de seus documentos pessoais, bem como dos documentos pessoais dos dependentes que deseje incluir. O processo será feito diretamente na ELOSAÚDE, onde o interessado assina o termo de adesão ao plano.

Aposentados ou pensionistas que estiverem distantes da ELOSAÚDE poderão solicitar o formulário via e-mail, por telefone, correspondência ou imprimi-lo no site da Associação (www.elosauade.com.br, "Formulários", opção: "Inclusão de Titular – Pedido de filiação à ELOSAÚDE").

Ao receber o formulário por e-mail o titular deve preenchê-lo, imprimi-lo em tamanho original (frente e verso na mesma página) e assiná-lo. O **formulário original** (preenchido e assinado) deve ser remetido à ELOSAÚDE, juntamente com cópias dos documentos pessoais dos inscritos.

É imprescindível que o formulário original seja remetido via correio ou entregue em mãos.

3. COMO INCLUIR DEPENDENTES

Para incluir dependentes o titular deverá solicitar o formulário para **"Inclusão de dependentes"**.

Se estiver distante poderá solicitar o formulário via e-mail, por telefone, correspondência ou imprimi-lo no site (www.elosauade.com.br - "Formulários", opção: "Inclusão de Beneficiário – Dependente").

O restante do processo segue o mesmo rito das inclusões de titulares.

Importante: para incluir dependentes é indispensável que o titular esteja no plano ELOSAÚDE.

4. FORMALIDADES/DOCUMENTOS NECESSÁRIOS - ADEÇÃO AO PLANO

Para inclusão de beneficiários serão exigidos o formulário apropriado, devidamente preenchido e assinado, além dos seguintes documentos:

a. ADULTOS:

- i.i Cópia do CPF e da Carteira de Identidade RG (não pode ser substituída pela CNH);
- i.ii Cópia da Identidade de Estrangeiro (se for o caso);
- i.iii Cópia de certidão de casamento (para cônjuges);
- i.iv Cópia da declaração de união estável registrada em cartório (para companheiros).

b. MENORES DE IDADE:

- i.i Cópia da Certidão de nascimento e do CPF (CPF é indispensável);
- i.ii Cópia do documento comprobatório da adoção (filhos adotivos);
- i.iii Cópia do documento comprobatório de guarda judicial (menores sob guarda/tutela);
- i.iv Cópia de documento que comprove o vínculo de parentesco com o titular;

c. ATENÇÃO AO PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO:

- i.i Todos os campos do formulário devem ser preenchidos (exceções nos itens i.iii e i.iv
- i.ii Os nomes próprios não podem ser abreviados;
- i.iii Apenas o campo "categoria" não precisa ser preenchido pelo beneficiário;
- i.iv O número da matrícula é o mesmo utilizado na empresa patrocinadora (caso o beneficiário já esteja aposentado, vale a matrícula utilizada enquanto esteve na ativa). Beneficiários pensionistas não precisam preencher esse campo. A matrícula será inserida pela ELOSAÚDE;
- i.v O não preenchimento de qualquer dos campos obrigatórios pode ocasionar a devolução do documento e a não efetivação do processo.

5. COMO ALTERAR PLANO E/OU DADOS CADASTRAIS

Para solicitar alteração de dados ou de plano o titular deve preencher o formulário "Atualização de endereço e/ou dados bancários" ou "Alteração de planos". **O procedimento para obter os formulários e entregá-lo à ELOSAÚDE é o mesmo descrito no item 2 - "Como aderir ao plano" (acima).**

Ao optar por novo plano com coberturas ou benefícios superiores ao plano anterior será exigido o cumprimento dos períodos de carências **para os serviços ou coberturas que tenham sido ampliadas.**

6. COMO CANCELAR O PLANO

Para cancelar o plano do titular ou solicitar a exclusão de dependentes deve ser utilizado o formulário **"Solicitação de Exclusão de Beneficiário".**

O procedimento para obter os formulários e entregá-lo à ELOSAÚDE é o mesmo descrito no item 2 - "Como aderir ao plano" (acima).

As exclusões são processadas mediante devolução de todos os cartões do(s) beneficiário(s) excluído(s).

Importante: a manutenção de **dependentes** depende da existência de um **titular inscrito**, portanto, quando o titular solicita sua exclusão todo o grupo vinculado a ele é automaticamente excluído.

7. PRAZOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO

a. INCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS:

Pedidos de inclusão: até o dia 25 de cada mês (ou último dia útil anterior) - Plano ativado no dia 1º do mesmo mês seguinte. **Obs.:** em dezembro o prazo encerra na sexta-feira da semana anterior ao natal;

Inclusões de **recém-nascidos:** pedido de inclusão deve ser feito em até 30 dias contados da data de nascimento (para que haja eventual aproveitamento das carências já cumpridas pelo pai ou mãe).

Atenção: Pedidos de inclusão feitos com antecedência agilizam a chegada do cartão e evitam contratempos no atendimento do recém-nascido.

b. ALTERAÇÕES DE DADOS:

Alterações de dados cadastrais (alteração de endereço, conta bancária etc.) poderão ser solicitadas e processadas a qualquer tempo, seguindo as rotinas internas da ELOSAÚDE.

c. EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS:

Pedidos de exclusão: até o dia 25 de cada mês (ou último dia útil anterior) – beneficiário será excluído no último dia do mês em curso;

ATENÇÃO: Nas exclusões é necessária a devolução dos cartões fornecidos pela ELOSAÚDE.

d. CARTÃO DO BENEFICIÁRIO:

Cartões de identificação levam, em média, **20 dias para serem entregues**. São remetidos diretamente ao endereço do titular do plano. Beneficiários que ingressarem com carências só receberão seus cartões depois do vencimento das carências iniciais (30 dias).

8. COBERTURAS DO PLANO

As coberturas, restrições e regras estão detalhadas no **Regulamento do Plano** (leia-o atentamente).

São cobertos procedimentos médicos especificados no Rol de procedimentos publicado pela ANS, vigente na data em que o atendimento tenha ocorrido. (Detalhamento no **Regulamento do plano**).

Estão relacionados abaixo os principais grupos de coberturas e respectivos limites e carências:

	Nome do procedimento	Limite	Carências
1	Consultas médicas	Sem limites	30 dias
2	Exames simples (análises clínicas)	Sem limites	30 dias
3	Exames especializados e demais procedimentos	Sem limites	180 dias
4	Internações clínicas	Sem limites	180 dias
5	Internações cirúrgicas	Sem limites	180 dias
6	Internações em UTI/CTI	Sem limites	180 dias
7	Parto a termo	Sem limites	300 dias
Além de uma série de outros serviços.			

9. COMO UTILIZAR O PLANO

Para utilizar o plano o beneficiário deve observar:

a – PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO

Os serviços básicos do plano (**consultas médicas, exames laboratoriais e radiológicos simples**) não precisam de autorização prévia. O beneficiário deverá comparecer diretamente no serviço credenciado, munido do cartão do plano na validade e documento de identificação **com foto**.

Internações e processos cirúrgicos nos quais serão utilizados órteses, próteses e materiais especiais serão submetidos à auditoria médica para avaliação técnica e de aspectos legais.

Os prazos de autorização variam entre 7 e 21 dias úteis, contudo, a maioria dos casos é autorizada em até três dias contados da data de apresentação do pedido. **Em todos os casos a ELOSAÚDE está sujeita e cumpre integralmente os prazos legalmente estabelecidos.**

Para os procedimentos que necessitam de autorização prévia o beneficiário deverá apresentar à ELOSAÚDE o pedido médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo profissional solicitante. Isso também pode ser feito por fax: **(48) 3298-5555** ou e-mail autorizacao@elosau.de.com.br.

ATENÇÃO: Os pedidos médicos devem estar devidamente preenchidos e assinados pelo médico do beneficiário; sem isso a autorização não poderá ser finalizada.

Os prestadores de serviços dispõem de uma lista com os serviços que necessitam de autorização prévia, por isso é importante que o beneficiário entre em contato com o local onde pretende ser atendido para verificar se há necessidade levar a autorização. Essa informação também pode ser obtida no setor de atendimento da Associação (Fone (48) – 3298-5555).

Os credenciados também podem solicitar a autorização diretamente à ELOSAÚDE, entretanto, isso não é obrigatório e é importante consultar o local antes de agendar o procedimento.

Ao utilizar serviços através dos parceiros (**Unimed e convênios de reciprocidade**), as regras e prazos obedecerão aos procedimentos de cada um desses parceiros.

b – REDE CREDENCIADA

A **rede credenciada à ELOSAÚDE** pode ser acessada mediante apresentação do "Cartão do Beneficiário" na validade, acompanhado de documento de identificação com foto.

Ao utilizar a rede credenciada o beneficiário não precisa pagar nada ao profissional ou instituição pelo atendimento recebido. O pagamento dos serviços será efetuado pela ELOSAÚDE.

Sempre que utilizar prestadores credenciados o beneficiário deverá assinar uma guia de atendimento.

ATENÇÃO: Guias em branco ou que constem procedimentos não realizados **não devem ser assinadas.**

c – REEMBOLSO

Os prestadores de serviços não integrantes da rede credenciada ELOSAÚDE poderão ser acessados pelo sistema de reembolso. Nesse caso a responsabilidade sobre o pagamento pelos serviços será **integralmente do beneficiário**, que deverá solicitar reembolso à ELOSAÚDE posteriormente.

Para pedidos de reembolso os comprovantes de pagamentos (recibo ou nota fiscal) devem seguir o padrão estabelecido no **Regulamento** do plano.

Observe:

1. O **reembolso das despesas está condicionado às coberturas do plano, portanto**, só fazem jus a reembolsos os atendimentos cobertos, cujas carências já tenham sido ultrapassadas;
2. Os valores serão reembolsados de acordo com os tetos previstos pela tabela do plano;
3. Todo documento oficial (recibo para pessoas físicas e nota fiscal para pessoas jurídicas) utilizado para solicitação de reembolso deverá conter as seguintes informações:
 - i. Nome completo do **beneficiário** atendido;
 - ii. Descrição detalhada e quantidade de serviços e/ou materiais utilizados;
 - iii. Data da utilização dos serviços;
 - iv. Nome legível do prestador, bem como CPF ou CNPJ;
 - v. Nome legível do profissional que executou o serviço, bem como o número de seu registro profissional (CRM etc.);
 - vi. **Não serão aceitos** comprovantes rasurados ou firmados por parentes (1º grau).
4. O comprovante de despesa cujo pagamento tenha sido feito a prazo e/ou parcelado, somente será objeto de reembolso após a quitação total da despesa;
5. Quando, por ocasião de cirurgia oftalmológica, o beneficiário optar pela aquisição particular da Lente Intraocular (LIO), poderá solicitar o reembolso posterior da(s) referida(s) lente(s):
 - i. Manifestando antecipadamente (e por escrito) essa intenção;
 - ii. Apresentando nota fiscal que contenha à(s) lente(s) (não devem ser informados os honorários, apenas a lente. Os honorários serão pagos ao credenciado);
6. Não serão aceitos recibos e/ou notas fiscais com menção de: doação, mensalidade, taxa de matrícula etc. (procedimentos que não estejam elencados no rol de coberturas do plano);
7. Para despesas efetuadas no exterior, todos os documentos deverão ser apresentados à ELOSAÚDE devidamente traduzidos (por tradutor oficial);
8. Todo e qualquer reembolso devido será pago pela ELOSAÚDE através de depósito em conta corrente do **Titular do plano (salvo para responsável financeiro devidamente autorizado)**;
9. O pagamento de reembolso obedecerá ao seguinte calendário:

DATA DE SOLICITAÇÃO	DATA DE PAGAMENTO
* Até o dia 10 de cada mês	* Último dia útil do mesmo mês

10. O QUE SÃO CARÊNCIAS

Carência é o período em que o beneficiário deverá permanecer no plano, pagando regularmente suas mensalidades, sem direito a utilizar todos os serviços disponíveis. As carências exigidas são:

- 24 horas** para atendimentos de urgência e emergência;
- 30 Dias** para consultas médicas e exames laboratoriais simples;
- 60 Dias** para radiologia (exceto intervencionista) e exames de imagem simples, além de terapias ambulatoriais (realizadas em consultório);
- 180 Dias** para os demais procedimentos;
- 300 Dias** para parto (natural ou cesariana);

ATENÇÃO: Carências são contadas a partir da inclusão do beneficiário (item “7” deste manual).

11. O QUE É COPARTICIPAÇÃO

Coparticipação é a parte cobrada do beneficiário por determinado serviço utilizado. Os percentuais podem variar de 20% a 50%, de acordo com o procedimento (vide regulamento do plano) e o valor base para o cálculo é a tabela de credenciamento, que é diferente da tabela de valores particulares.

Nas internações hospitalares (inclusive psiquiátricas) será cobrado um valor pré-definido por diária.

ATENÇÃO: Nas internações psiquiátricas que ultrapassarem 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, por ano de permanência do beneficiário no plano, será cobrado 50% do valor da diária a partir do 31º dia de internação.

A cobrança ao beneficiário obedece a um ciclo interno de faturamento e só será efetuada depois que a ELOSAÚDE receber e conferir a conta e efetuar o pagamento ao credenciado.

O tempo médio para cobrança da coparticipação pode variar entre 90 e 120 dias depois da utilização do serviço, dependendo do tempo que o credenciado leve para cobrar a ELOSAÚDE.

12. COMO SÃO FEITAS AS COBRANÇAS

Mensalidades e coparticipações são cobradas uma vez por mês, diretamente na folha de pagamento ou de benefício (aposentadoria ou pensão) do titular. Caso não haja quitação em folha de pagamento um boleto bancário será emitido e enviado ao titular. O boleto vence todo dia 10 de cada mês.

O não pagamento de mensalidade e/ou coparticipação por período superior a 10 dias gera a suspensão dos atendimentos enquanto durar o período de inadimplência. O atraso no pagamento da mensalidade por mais de 60 dias, consecutivos ou não, poderá ocasionar no **cancelamento** do plano, conforme previsão legal e regulamentar.

13. COMO SÃO FEITOS OS REAJUSTES DAS MENSALIDADES

As mensalidades são reajustadas uma vez ao ano, normalmente no mês de agosto. Independentemente da data de adesão do beneficiário, seu plano será reajustado no mesmo período.

A mudança de faixa etária (consulte faixas etárias no regulamento) também implica em alteração de valores. Quando o beneficiário migrar entre uma faixa etária e outra seu plano sofrerá alteração de valores automaticamente, no mês subsequente à data de seu aniversário.

No mês de reajuste a ELOSAÚDE emite correspondência informando os preços do próximo ciclo. A mudança de faixa etária é automática e não há obrigatoriedade de envio de correspondência.

MANUAL DO BENEFICIÁRIO ELOSAÚDE – Revisado em: Dezembro de 2015.
Aprovado pela Diretoria da ELOSAÚDE em: Dezembro de 2015 – Número do RAD de aprovação:
Versão II – com 10 páginas.

(fechado em 1º.12.2015 – AT/at.)