

MANUAL DO BENEFICIÁRIO  
**PLANO "E"**





# 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 do plano.

Como você sabe a ELOSAÚDE está sujeita à regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, 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 é o documento que, em atenção à legislação vigente, disciplina a relação entre a ELOSAÚDE e seus beneficiários. Este "**Manual do Beneficiário**" que você tem em mãos integra e está subordinado ao **Regulamento do "Plano E"**.

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

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!

**Equipe ELOSAÚDE**

## PARA FACILITAR SUA LEITURA

Para facilitar a leitura deste manual utilize o glossário a seguir:

- 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](http://www.ans.gov.br);
- c. **BENEFICIÁRIO:** Toda pessoa regularmente inscrita em um dos planos ELOSAÚDE;
- d. **ROL DE PROCEDIMENTOS:** Lista de procedimentos médicos e odontológicos (de acordo com o segmento do plano), publicada pela ANS e atualizada periodicamente. Tais procedimentos caracterizam a exigência legal mínima em termos de cobertura para os planos;
- e. **COBERTURAS:** atendimentos que o plano oferece a determinado beneficiário/grupo;
- f. **CARÊNCIAS:** Prazo em que o beneficiário permanece no plano sem direito a utilizar determinados procedimentos (previamente conhecidos);

## SUMÁRIO

1. Quem pode aderir ao plano?	<b>06</b>
2. Como aderir ao plano?	<b>07</b>
3. Existem datas especiais para adesão ao plano?	<b>07</b>
4. E o cartão, quando será enviado?	<b>08</b>
5. Quais as coberturas do “Plano E”?	<b>08</b>
6. Existem atendimentos não cobertos? Quais são?	<b>09</b>
7. Quer conhecer detalhadamente as coberturas e os serviços não cobertos?	<b>10</b>
8. Existem coberturas diferenciadas?	<b>10</b>
9. O que são carências?	<b>12</b>
10. O que é coparticipação?	<b>13</b>
11. Como utilizar o plano?	<b>14</b>
12. Como são feitas as cobranças?	<b>16</b>
13. Como é feito o reajuste das mensalidades?	<b>16</b>
14. Como alterar o plano ou dados cadastrais?	<b>17</b>
15. Quais os prazos cadastrais?	<b>18</b>
16. Quer falar com a ELOSAÚDE?	<b>18</b>



# 1. QUEM PODE ADERIR AO PLANO?

Podem se inscrever no “**Plano E**” os aposentados, pensionistas e autopatrocinadores da Fundação ELOS e da PREVIG. Esses beneficiários são cadastrados na condição de **Titulares**.

Também podem ser inscritos os **familiares do titular** - até o 3º grau consanguíneo e 2º grau por afinidade. Esses ingressam na condição de **Dependentes**. Dentre eles destacam-se:

- a. **Cônjuge ou companheiro(a)** com o qual o titular conviva em união estável (inclusive união homoafetiva);
  - i. A **união estável** precisa ser comprovada por documento registrado em cartório.
- b. **Filhos, enteados e filhos adotivos** - sem limite de idade;
- c. **Menor de idade** que esteja sob guarda do titular;
- d. **Irmãos(as), cunhados(as), genros e noras;**
- e. **Tios, sobrinhos(as) e netos(as);**
- f. **Pai e mãe, sogro e sogra;**

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

[Página 3 do **Regulamento do “Plano E”** – “Das Condições de Admissão”]



## 2. COMO ADERIR AO PLANO?

Basta preencher e assinar o pedido de adesão (Formulário para Solicitação de Inclusões) e entregá-lo na ELOSAÚDE, juntamente com cópias simples (não autenticada) dos documentos pessoais de todos os beneficiários inscritos.

Os documentos necessários são:

- **CPF** – para todos os beneficiários, inclusive recém-nascidos;
- **RG** – para todos os maiores de idade;
- **Certidão de Nascimento** – para recém-nascidos;
- **Passaporte ou Identidade de Estrangeiro** – para estrangeiros residentes no país.
- **Comprovante de parentesco** – documento que vincule o dependente ao titular (ex.: certidão de casamento, termo de guarda de menor etc.);

**Obs.:** o titular precisa estar vinculado a uma das patrocinadoras da ELOSAÚDE.



## 3. EXISTEM DATAS ESPECIAIS PARA ADESÃO AO PLANO?

O beneficiário que apresentar toda a documentação (formulário e cópias de documentos pessoais) até o **dia 25 de cada mês** terá seu plano cadastrado e estará ativo a partir do dia **1º do mês seguinte**.

É a partir dessa data (**dia 1º do mês seguinte**) que os direitos e obrigações

de seu plano começam a vigorar.

**Importante:** as carências exigidas pelo plano também começam a contar a partir dessa data.

## 4. E O CARTÃO, QUANDO SERÁ ENVIADO?



Depois de cadastrar o beneficiário a ELOSAÚDE vai providenciar os cartões de identificação do plano. Em **até 30 dias** o cartão será entregue no endereço cadastral. É importante lembrar que as carências iniciais também vencem após 30 dias, ou seja, o beneficiário receberá seu cartão próximo da data de término dessas carências.



## 5. QUAIS AS COBERTURAS DO "PLANO E"?

A ELOSAÚDE obedece às exigências legais e oferece todas as coberturas determinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.

São milhares de itens diferentes, por isso seria muito difícil relacioná-los nesse manual. Para facilitar a compreensão os procedimentos mais conhecidos foram agrupados, sendo eles:

- **Consultas médicas;**
- **Exames laboratoriais, radiológicos e de imagem;**



- **Atendimentos ambulatoriais** (curativos, suturas etc.);
- **Internações clínicas e/ou cirúrgicas** (em apartamento standart e/ou UTI/CTI ou similares);
- **Transplantes de Córneas e Rins;**
- **Quimioterapia, radioterapias e tratamentos para o câncer;**
- **Sessões de terapias diversas** (fisioterapias, psicologias, terapia nutricional etc.).



## 6. EXISTEM ATENDIMENTOS NÃO COBERTOS? QUAIS SÃO?

A lógica é a mesma tanto para as coberturas quanto para os serviços **não cobertos pelo plano**: sempre respeitar a legalidade.

Sendo assim, **os serviços que o plano não oferece** também estão previstos em Lei. Agrupamos, da mesma forma, os serviços mais conhecidos. São eles:

- **Atendimentos prestados antes da vigência do Plano ou, ainda, serviços que exijam autorização prévia, realizados à revelia da ELOSAÚDE;**
- **Tratamentos estéticos de qualquer natureza (inclusive cirúrgicos);**
- **Tratamentos experimentais, antiéticos, vedados por Lei, bem como medicamentos não registrados na ANVISA ou não recomendados tecnicamente para a patologia;**
- **Atendimento domiciliar, socorro e/ou remoção domiciliar, além de fornecimento de medicamentos para uso domiciliar (ou em ambiente não hospitalar);**
- **Tratamentos prescritos por profissionais não habilitados;**



## 7. QUER CONHECER DETALHADAMENTE AS COBERTURAS E OS SERVIÇOS NÃO COBERTOS?

Para conhecer em detalhes as coberturas e os atendimentos não cobertos consulte o **Regulamento do Plano**, que é o documento que rege toda a sua relação com a ELOSAÚDE.

[Coberturas: [página 6](#) ("Das Coberturas e Procedimentos Garantidos") - Procedimentos não cobertos: [página12](#) ("Das Exclusões") do **Regulamento do "Plano E"**].



## 8. EXISTEM COBERTURAS DIFERENCIADAS?

**Sim. Além das coberturas legais obrigatórias** o "Plano E" disponibiliza alguns serviços extras. Veja quais são;

- a. **Coparticipação diferenciada nas consultas:** a coparticipação em consultas é cobrada somente a partir da 5ª consulta, por ano (contado da data de inclusão), por beneficiário;
- b. **Sessões de psicoterapia e psiquiatria: Até 05 sessões mensais sem coparticipação.** A contar da 6ª sessão mensal será aplicada coparticipação de 50%;
- c. **Sessão com fonoaudiólogo: Até 05 sessões mensais sem coparticipação.** A contar da 6ª sessão mensal será aplicada coparticipação de 50%.

**OBS.:** Consultas, sessões de psicoterapia e fonoaudiologia não requerem **autorização prévia;**

- d. **Sessões para acompanhamento nutricional (nutricionista ou nutrólogo):** Até 06 sessões anuais. **A partir da 7ª. e até a 18ª. (limite máximo anual)** o beneficiário deverá atender às diretrizes de utilização da ANS (critérios médicos e técnicos).
- e. **Terapia ocupacional:** entre 12 e 40 sessões anuais o beneficiário deverá atender às diretrizes da ANS (critérios médicos e técnicos). Autorizado mediante pedido médico.
- f. **RPG – Reeducação Postural Global:** máximo de 48 (quarenta e oito) sessões anuais, contadas da data de inclusão, por beneficiário inscrito. Necessário pedido médico.

**OBS.:** Todas as sessões para acompanhamento nutricional, RPG e/ou terapia ocupacional **terão coparticipação de 20% (desde a primeira) e necessitarão de autorização prévia;**

**g. Reembolso de despesas médicas cobertas pelo plano:**

- i. Reembolso normal para todos os serviços, independentemente de serem urgência e emergência, baseado na tabela de reembolso da ELOSAÚDE;
- ii. Para os beneficiários inscritos até 31.07.2008, que utilizarem serviços em prestadores não credenciados à ELOSAÚDE os reembolsos – quando devidos – serão de 2x (duas vezes) o valor da tabela de reembolso da ELOSAÚDE;
  - ii.i Se o beneficiário utilizar a rede Credenciada ELOSAÚDE e optar por pagamento particular o reembolso será de uma vez o valor da tabela.

**OBS.:** *Nos reembolsos será descontada a coparticipação devida (quando for o caso);*

**h. Reembolsos especiais e ajudas de custo:**

- i. **Ajuda de custo** para aquisição de óculos de grau (armação e lentes) ou um par de lentes de contato, a cada 24 meses.
- ii. Reembolso de fraldas descartáveis e fisioterapias especiais para

beneficiários cadastrados (mediante laudo médico) como DFM (Deficientes Físicos e/ou Mentais),

iii. Reembolso de remoções inter-hospitalares **em que a opção pela remoção seja do beneficiário**, desde que haja solicitação médica.

i. **Vacinas do calendário Nacional de Vacinação (exceto campanhas sazonais), cobertas por meio de reembolso (coberturas e valores).**

***OBS.: Em todos os serviços oferecidos como cobertura diferenciada os reembolsos são limitados ao valor da tabela própria ELOSAÚDE;***

**Exames com foco preventivo:** Serão cobertos, uma vez a cada ano de plano (considerada a data de ingresso do beneficiário) os exames chamados “**exames com foco preventivo**”, sobre os quais não serão cobradas coparticipações. **Esses exames não necessitam de autorização prévia da ELOSAÚDE**, por isso isenção de coparticipação é feita automaticamente, no primeiro exame realizado a cada ano civil.

j. **Os “exames com foco preventivo” são:**

Hemograma completo, Colesterol total, HDL e LDL, Triglicerídeos, Glicemia, Eletrocardiograma, Raios “X” de tórax, Mamografia, Colpocitologia oncológica, Ultrassonografia de próstata, Hepatite “C” – Anti HVC, Anti HCV-IGM;



## 9. O QUE SÃO CARÊNCIAS?

Carência é o período em que o beneficiário deverá permanecer no plano, pagando regularmente suas mensalidades, sem direito a utilizar determinados serviços.

As carências exigidas no “Plano E” são:

**24 horas** para atendimentos de urgência e emergências (em nível ambulatorial. Exceções se aplicam às internações, conforme previsões legais).

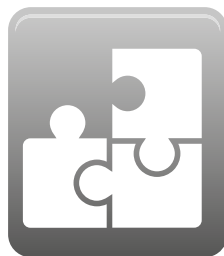
**30 Dias** para consultas médicas e exames laboratoriais;

**300 Dias** para parto (natural ou cesariana);

**180 Dias** para os demais procedimentos;

**ATENÇÃO:** As carências são contadas a partir da ativação do beneficiário no plano

[Página 15 do Regulamento do "Plano E" – "Dos Períodos de Carências"]



## 10. O QUE É COPARTICIPAÇÃO?

Coparticipação é um percentual pago pelo beneficiário por determinado serviço utilizado. Os percentuais poderão variar de 20% a 50%, de acordo com o procedimento (sobre o valor da tabela médica).

Conheça os principais serviços e respectivos percentuais:

- a. **Consultas de qualquer natureza:** 30% - a partir da 5ª consulta realizada por ano, contado da data de início de vigência da adesão do beneficiário ao PLANO;
- b. **Procedimentos de diagnose (exames):** 30% - desde o primeiro procedimento utilizado;
- c. **Terapias ambulatoriais – para paciente não internado:** 20% - desde a primeira utilizada;
- d. **Sessões com Nutricionista e Terapeuta Ocupacional:** 20% desde a primeira, respeitadas as diretrizes de utilização da ANS;
- e. **Psicologia, psiquiatria, fonoaudiologia e foniatria:** 50% a partir da 6ª sessão mensal, respeitadas as diretrizes de utilização da ANS;

- f. **Acupuntura:** 50% a partir da 6ª sessão mensal;
- g. **Demais procedimentos** (exceto em caráter de internação): 20% por procedimento;
- h. **Internações psiquiátricas:** 50% quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano (contado da adesão ao plano)

Para a cobrança das coparticipações há um ciclo de faturamento, por isso o beneficiário só será cobrado depois que a ELOSAÚDE receber a fatura do credenciado (consultórios, clínicas, laboratórios etc.), conferir e efetuar o pagamento a este credenciado.

O tempo médio para cobrança da coparticipação varia entre 90 e 120 dias depois que o beneficiário utilizou o serviço, contudo, esse prazo pode ser maior, dependendo do tempo que o credenciado levar para enviar a cobrança à ELOSAÚDE.

[Conheça detalhadamente - Página 26 do **Regulamento do “Plano E” – “Da Coparticipação”**]



## 11. COMO UTILIZAR O PLANO?

Você poderá utilizar de duas maneiras:

### a. **Na rede credenciada:**

Escolha um profissional (ou estabelecimento) credenciado, agende a consulta ou outro atendimento e compareça ao local no dia e hora agendados portando seu cartão do plano e documento de identificação com foto.

Ao contatar o profissional (ou estabelecimento) pergunte se o atendimento desejado necessita de autorização prévia da ELOSAÚDE. Consultas, exames simples (laboratoriais e de raios X) não necessitam, contudo, existem procedimentos que precisam ser autorizados antecipadamente.

O pedido de autorização pode ser feito diretamente pelo prestador de serviços, mas ele não é obrigado a fazê-lo. Informe-se antecipadamente e, se for o caso, contate a ELOSAÚDE para ser orientado sobre a melhor forma de obter a autorização.

Uma vez realizado o atendimento, assine a guia de serviços. **Não é necessário pagar nada ao estabelecimento ou profissional.**

Ao optar por utilizar nos serviços parceiros da ELOSAÚDE (**Unimed ou reciprocidade**) o beneficiário estará sujeito às regras e prazos desses parceiros.

**Atenção:** *antes de agendar qualquer procedimento consulte os prazos de autorização, que podem variar de acordo com o tipo de atendimento.*

#### **b. Por meio do sistema de reembolso:**

Se o profissional (ou estabelecimento) não for credenciado, ainda assim você poderá buscar o atendimento. Nesse caso você deverá pagar pelos serviços e solicitar reembolso posterior.

Solicite o comprovante de pagamento (recibo ou nota fiscal) e demais documentos comprobatórios (*consulte as regras de reembolso na página 23 do Regulamento do “Plano E” – “Do Reembolso”*), para depois ingressar com pedido de reembolso junto à ELOSAÚDE.

#### **Algumas dicas importantes:**

- i.* O reembolso das despesas obedece às coberturas do plano, ou seja, só fazem jus a reembolso os **procedimentos cobertos, com carências devidamente cumpridas;**
- ii.* Para fazer jus ao reembolso o beneficiário deverá apresentar os documentos exigidos e obedecer aos prazos estipulados no regulamento do plano;
- iii.* Os valores a serem reembolsados são baseados na tabela da ELOSAÚDE;
- iv.* Reembolsos devidos serão pagos pela ELOSAÚDE por meio de depósito em conta corrente do **Titular do plano;**



## 12. COMO SÃO FEITAS AS COBRANÇAS?

Dos beneficiários do “Plano E” é cobrado um valor mensal (**mensalidade**) que varia de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito.

Além da mensalidade será cobrada **coparticipação** (para os atendimentos previstos no regulamento) sempre que o beneficiário que utilizar os serviços do plano.

As mensalidades e coparticipações são calculadas uma vez por mês e enviadas para desconto na folha de pagamento do titular do plano (folha de pensão/aposentadoria ou folha de pagamento das empresas patrocinadoras).

Caso não seja possível a quitação na folha de pagamento (ou de benefício) é emitido um “boleto” bancário e o enviado diretamente ao endereço do titular.

**ATENÇÃO:** A ELOSAÚDE envia os boletos com, no mínimo, 10 dias de antecedência do vencimento. O beneficiário deve ficar atento; caso não o receba até o dia 09 de cada mês, deve contatar a ELOSAÚDE.

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

[Página 27 do **Regulamento do “Plano E”** – “Da Formação de Preço e Mensalidade”]





## 13. COMO É FEITO O REAJUSTE DAS MENSALIDADES?

O reajuste de mensalidade é aplicado no mês de agosto de cada ano. Independentemente da data de adesão do beneficiário, seu plano será reajustado no mesmo período.

O reajuste por mudança de faixa etária ocorre automaticamente sempre que o beneficiário migra para a faixa etária seguinte (são 10 faixas etárias ao todo) e passa a ser cobrado no mês subsequente à data de seu aniversário.

Por ocasião do reajuste de mensalidades a ELOSAÚDE emite uma correspondência ao titular do plano informando os preços do próximo ciclo. No caso de alteração de faixa etária a mudança é automática e não há comunicação prévia por parte da ELOSAÚDE.

[Página 28 do **Regulamento do “Plano E”** – “Do Reajuste”]



## 14. COMO ALTERAR PLANO OU DADOS CADASTRAIS?

É imprescindível que o beneficiário mantenha seu cadastro ELOSAÚDE sempre atualizado. Isso facilita a comunicação e dá maior agilidade aos processos rotineiros.

Toda e qualquer alteração de dados (endereço, telefone, cadastro bancário etc.) deve ser feita por meio de formulário, que pode ser impresso direta-

mente do site ([www.elosaude.com.br/formularios](http://www.elosaude.com.br/formularios)) ou retirado na sede da ELOSAÚDE.

**OBS.: A ELOSAÚDE não realiza alterações de dados por telefone ou e-mail.**



## 15. QUAIS OS PRAZOS CADASTRAIS?

Pedidos de **adesão ou alterações de dados** que ingressem na ELOSAÚDE até dia 25 de cada mês (ou último dia útil anterior) serão processados para início de vigência no dia 1º do mesmo mês seguinte.

**Obs.:** As inclusões de **recém-nascidos** devem ser formalizadas até 30 dias contados da data de nascimento para que o bebê aproveite as carências cumpridas pelos pais.



## 16. QUER FALAR COM A ELOSAÚDE?

- a. **PLANTÃO 24 HORAS** (urgências e emergências):  
**0800-739-5555**
- b. **TELEFONE:** (48) 3298-5555
- c. **AUTORIZAÇÕES MÉDICAS:** [autorizacao@elosaude.com.br](mailto:autorizacao@elosaude.com.br)
- d. **AUTORIZAÇÕES ODONTOLÓGICAS:** [odonto@elosaude.com.br](mailto:odonto@elosaude.com.br)
- e. **CADASTRO:** [cadastro@elosaude.com.br](mailto:cadastro@elosaude.com.br)
- f. **PAGAMENTOS** (mensalidades/coparticipações):  
[contasareceber@elosaude.com.br](mailto:contasareceber@elosaude.com.br)

**g. REEMBOLSOS:** reembolso@elosaude.com.br

**h. OUVIDORIA:** ouvidoria@elosaude.com.br

**i. NOSSA SEDE:** Rua Anita Garibaldi, 77 – 2º Andar – Centro – Florianópolis-SC – CEP.: 88.010-500 Expediente: Segunda à Sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h30 às 17h30.

## MANUAL DO BENEFICIÁRIO ELOSAÚDE

**Revisado em:** Abril de 2017.

**Aprovado pela Diretoria da ELOSAÚDE em:** Maio de 2017.

Versão I – com 20 páginas.