

MANUAL DO BENEFICIÁRIO
PLANO "A"



[illegible]

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 A"**.

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;
- 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:** Atendimento 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 contar com os benefícios do Plano A?	06
2. Quais as coberturas do "Plano A"?	07
3. Existem atendimentos não cobertos? Quais são?	07
4. Quer conhecer detalhadamente as coberturas e os serviços não cobertos?	08
5. O que são carências?	09
6. O que é coparticipação?	09
7. Como utilizar o plano?	10
8. Como são feitas as cobranças?	12
9. Como é feito o reajuste das mensalidades?	13
10. Como alterar o plano ou dados cadastrais?	13
11. Quais os prazos cadastrais?	14
12. Quer falar com a ELOSAÚDE?	14



1. QUEM PODE CONTAR COM OS BENEFÍCIOS DO PLANO A?

O “Plano A” não está aberto a novas adesões, contudo, os beneficiários inscritos preservam seus direitos e obrigações regulamentares.

São titulares do “Plano A” os aposentados, pensionistas e autopatrocinadores da Fundação ELOS e da PREVIG já inscritos no plano.

Figuram como dependentes desses titulares (desde que regularmente inscritos):

- 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 os dependentes inscritos possam ser mantidos no plano é indispensável que o titular também esteja ativo.

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



2. QUAIS AS COBERTURAS DO “PLANO A”?

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.).



3. 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, serviço 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;**



4. 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 5](#) ("Das Coberturas e Procedimentos Garantidos") - Procedimentos não cobertos: [página 11](#) ("Das Exclusões") do **Regulamento do "Plano A"**].



5. 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 A” são:

24 horas para atendimentos de urgência e emergência;

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 14 do Regulamento do “Plano A” – “Dos Períodos de Carências”]



6. O QUE É COPARTICIPAÇÃO?

Coparticipação é um percentual pago pelo beneficiário por determinado serviço utilizado. Os percentuais poderão variar de 30% a 50%, de acordo com o procedimento (sobre o valor da tabela médica).

Conheça os principais serviços e respectivos percentuais:

- **Consultas:** 30% - por consulta;
- **Exames:** 30% - por procedimento;
- **Terapias ambulatoriais:** 20% - por procedimento;
- **Consultas e/ou sessões com Nutricionista e Terapeuta Ocupacional:**

50% desde a primeira, respeitadas as diretrizes de utilização da ANS;

- **Psicologia, psiquiatria, fonoaudiologia e foniatria:** 50% a partir da primeira sessão, respeitadas as diretrizes de utilização da ANS;
- **Acupuntura:** 50% desde a primeira sessão;
- **Demais procedimentos** (exceto em caráter de internação): 20% por procedimento;
- **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 25 do “Regulamento do Plano A” – “Da Coparticipação”]



7. 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 19](#) do **Regulamento do Plano A – “Do Reembolso”***), para depois ingressar com pedido de reembolso junto à ELOSAÚDE.

Algumas dicas importantes:

- O reembolso das despesas obedece às coberturas do plano, ou seja, só fazem jus a reembolso os **procedimentos cobertos, com carências devidamente cumpridas;**
- Para fazer jus ao reembolso o beneficiário deverá apresentar os documentos exigidos e obedecer aos prazos estipulados no regulamento do plano;

- Os valores a serem reembolsados são baseados na tabela da ELOSAÚDE;
- Reembolsos devidos serão pagos pela ELOSAÚDE por meio de depósito em conta corrente do **Titular do plano**;



8. COMO SÃO FEITAS AS COBRANÇAS?

É cobrado um valor mensal (**mensalidade**) por beneficiário inscrito no plano.

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).

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

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 26 do **Regulamento do “Plano A”** – “Da Formação de Preço e Mensalidade”]



9. 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.

Por ocasião do reajuste de mensalidades a ELOSAÚDE emite uma correspondência ao titular do plano informando o valor para o próximo ciclo.

[Página 27 do **Regulamento do “Plano A”** – “Do Reajuste”]



10. 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 diretamente do site (www.elosaude.com.br/formularios) ou retirado na sede da ELOSAÚDE.

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



11. QUAIS OS PRAZOS CADASTRAIS?

Pedidos de **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.*



12. 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

d. AUTORIZAÇÕES ODONTOLÓGICAS: odonto@elosaude.com.br

e. CADASTRO: cadastro@elosaude.com.br

f. PAGAMENTOS (mensalidades/coparticipações):
contasreceber@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

Atualização realizada em 1º.08.2017

Aprovada por Decisão do Conselho Deliberativo da ELOSAÚDE
em 24 de Julho de 2017.

Versão I – com 16 páginas.