

ANEXO II - GUIA DE LEITURA CONTRATUAL



Operadora: Uniodonto Mato Grosso do Sul • CNPJ: 03.511.888/0001-15
Nº de Registro ANS: 34.718-3 • Site: www.uniodontoms.com.br
Tel.: (67) 3029-8040

CONTRATAÇÃO

1

Determina-se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser individual/familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial.

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

1-2

Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

-

Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares: pode ser coletiva ou individual

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO

1

Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe as áreas de abrangência estadual, grupo de municípios ou municipal.

COBERTURA DE PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

1-2

É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.

EXCLUSÕES DE COBERTURAS

2-3

É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)

3

Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.

CARÊNCIA

3

Carência é o período em que o beneficiário não tem direito à cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.

MECANISMO DE REGULAÇÃO

3-4

São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.

VIGÊNCIA

3

Define o período em que vigorará o contrato.

RESCISÃO / SUSPENSÃO

4-5

A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.

REAJUSTE

4

O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.

CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)

4

A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinado período ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentarias, observadas as regras para o oferecimento, opção e gozo, previstas na lei e sua regulamentação.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque - ANS 0800-701-9656.

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.