

Qualirede

Serpro

PAS
SERPRO
Plano de
Assistência à
Saúde do Serpro

Manual de orientação do Beneficiário



Prezado (a) Beneficiário (a):

O PAS/Serpro foi criado de maneira a possibilitar aos empregados (as), aposentados (as), pensionistas e seus dependentes uma assistência à saúde de boa qualidade, propiciando-lhes, bem-estar, visto que este fator é primordial para um bom desempenho no trabalho, bem como nos relacionamentos em família e em sociedade.

É uma grande conquista, que pode ser percebida pela relevância dos serviços disponibilizados, fundamentais e necessários para a qualidade de vida de todos os seus beneficiários.

Considerando que esse benefício estabelece obrigações para ambas as partes, empresa e beneficiários, ressalta-se a importância de ser resguardada essa conquista, trazendo para todos os favorecidos (as), a responsabilidade de mantê-lo íntegro, razoável, financeiramente viável e livre de qualquer risco que possa onerá-lo.

Cabe lembrar que segundo dados da Organização Mundial de Saúde - OMS, 85% dos problemas de saúde podem ser resolvidos pelos médicos generalistas que atendem nas clínicas básicas: pediatria, clínica geral/cirúrgica e ginecologia/obstetrícia. Portanto, recomenda-se que o especialista seja procurado apenas quando esgotados os recursos do médico generalista.

Destarte, este manual se destina a oferecer melhor orientação no que se refere aos aspectos gerais do Programa de Assistência à Saúde - PAS/ Serpro.

Leia-o com muita atenção e esclareça suas dúvidas antes da utilização dos serviços e lembre-se:

A correta utilização do PAS/ Serpro pelos beneficiários é a chave para a sustentação deste importante benefício conquistado.

FIQUE ATENTO!

Este manual está sujeito a alterações e/ou atualizações.

Sumário

• Manual de orientação do Beneficiário	0
• Prezado (a) Beneficiário (a):	1
• Apresentação do Benefício Saúde	4
• Definição de alguns termos importantes	5
• ÍNDICE DE SINISTRALIDADE - Entende-se por índice de sinistralidade a relação percentual entre despesas e receitas do PAS/Serpro.	9
• A quem se destina o PAS/Serpro	9
• Adesões / Carências / Exclusão Voluntária	13
• Perda da Condição de Beneficiário Titular e/ou	15
• Cartão de Identificação	17
• Modalidades de Atendimento	18
• Reajuste	30

Apresentação do Benefício Saúde

Desde os primeiros Acordos Coletivos de Trabalho celebrados entre o Serpro e a Fenadados, dentre os muitos benefícios conquistados, existe o Programa de Assistência à Saúde na modalidade Autogestão em RH.

No âmbito externo, o citado benefício está regido pelas normas emanadas do Ministério da Saúde, a cargo da Agência Nacional de Saúde - ANS, Lei 9.656 - de 03/06/1998, e pelo Conselho Federal de Medicina.

No Acordo Coletivo de Trabalho vigente do Serpro, esse preceito tem a seguinte redação: "A Empresa manterá o sistema de autogestão em âmbito nacional como modalidade de seu Programa de Assistência à Saúde - Autogestão em RH a seus empregados e demais beneficiários em conformidade com os arts. 30 e 31 da Lei 9656/98".

O Programa de Assistência à Saúde do Serpro - PAS/Serpro é oferecido aos empregados (as) ativos (as), aposentados (as) e pensionistas, bem como aos seus dependentes e agregados (as) que atendam às condições previstas em regulamento próprio e na legislação específica em vigor. Contempla assistência médica integral, preventiva e curativa, clínica, cirúrgica e obstétrica, hospitalar e ambulatorial, geral e especializada, rotineira e de urgência, com abrangência nacional. Está registrado na ANS - Agência Nacional de Saúde - sob o número 345474, com padrão apartamento individual de acomodação em internação.

Classificação do PlanoColetivo Empresarial

Modalidade do PlanoAutogestão em RH

Área Geográfica de AbrangênciaTerritório nacional

Segmentação AssistencialAmbulatorial + hospitalar com obstetrícia

Acomodação.....Apartamento individual com banheiro privativo

Endereço 00-18-10-22-21-22-20-23-21-22-20-12-11-12-10-52-51-52

BENEFICIÁRIOS: São os empregados, aposentados e ou pensionistas do PAS/Serpro, bem como seus dependentes diretos, desde que estejam enquadrados no regulamento PAS/Serpro como também no ACT vigente da empresa e regularmente cadastrados no plano saúde.

BENEFICIÁRIO TITULAR - É ou foi detentor do vínculo contratual de trabalho com o PAS/Serpro e se encontra legalmente cadastrado no PAS/Serpro.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE - É o beneficiário reconhecido como dependente de um beneficiário titular desde que se encontre legalmente cadastrado no plano por este.

AGREGADO - Filhos, tutelados, menores sob guarda e enteados, solteiros, sem renda própria, maiores de 21 anos, que não se enquadrem na condição de dependência prevista em Acordo Coletivo de Trabalho, poderão ser inscritos exclusivamente no PAS/Serpro, desde que assumam o custo total da mensalidade prevista para o Grupo II - inativos/Agregados e respeitados os seguintes limites:

- a)** Filhos solteiros até 28 anos completos.
- b)** Os menores, sob tutela, desde que o (a) titular tenha sido designado legalmente tutor e comprove a inexistência de bens do tutelado, até os 24 anos completo
- c)** Os menores sob guarda e os enteados sob guarda, solteiros, até os 24 anos.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma agência reguladora do governo sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde que regulamenta as operadoras e auto-gestões de plano de saúde no Brasil.

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS - É a listagem mínima de consultas, cirurgias e exames que um plano de saúde deve oferecer.

OBS: o beneficiário poderá ter acesso a essa informação no seguinte site:
<http://www.ans.gov.br>

COBERTURA ASSISTENCIAL - Corresponde a todos os serviços de assistência médicos hospitalares previstos no Regulamento PAS/Serpro e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

EXAMES - Todos os exames estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época da realização do evento, desde que solicitados pelo médico assistente do beneficiário.

PROFISSIONAIS - São médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e nutricionistas que prestam atendimento na área de saúde.

CRENCIADOS - São os profissionais e instituições que compõem a rede de atendimento direta e indireta do PAS/ Serpro.

REGULAÇÃO MÉDICA - Área formada por médicos auditores que avaliam os pedidos dos médicos assistentes e exames complementares, a fim de identificar a pertinência do pedido segundo as legislações vigentes e evidência científica comprovada.

AUTORIZAÇÃO PRÉVIA - É a autorização concedida anteriormente à execução do serviço pela área de regulação médica.

ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA - É o evento que implica risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA - É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

ATENDIMENTO ELETIVO - Atendimento que pode ser agendado para data posterior sem que, com isso, haja prejuízo para a saúde do paciente.

CONSULTA MÉDICA - É o atendimento do paciente no consultório do médico, hospital ou clínica em horário normal de atendimento, para fins de exame, diagnóstico, tratamento e orientação.

TRATAMENTOS SERIADOS - São considerados tratamentos seriados: acupuntura, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional, quimioterapia, radioterapia, psicologia.

INTERNAÇÃO - Evento hospitalar com admissão do paciente para ocupar um leito por um período superior a 12 (doze) horas, com finalidade de realizar procedimentos de natureza terapêutica e/ou diagnóstica cujas condições do paciente, evoluções do quadro, complexidade do tratamento, não permitam a realização em nível ambulatorial.

PARTO - O evento "parto" termina com a alta hospitalar conferida à parturiente. Nos casos em que o recém-nascido tiver necessidade de atendimento, com justificativa em relatório médico, essa cobertura será garantida por um período máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do nascimento.

ACOMODAÇÃO EM APARTAMENTO - Entende-se como acomodação em padrão apartamento, a internação em unidade hospitalar com banheiro privativo, destinada ao paciente individualmente.

REMOÇÃO - É o ato de transportar o paciente em veículo especial, equipado de acordo com suas necessidades.

PRÓTESE - Material cirúrgico que substitui uma função do corpo. Ex: prótese de quadril, lente intraocular.

ÓRTESE - Acessório que melhora, auxilia ou mantém determinada função sem substituí-la. Ex: marcapasso, stent.

SÍNTESE - Material usado para aproximar tecidos ósseos. Ex: Placas, parafusos, grampos, clips.

QUALIREDE - Empresa contratada para gerir ao PAS/Serpro para melhor operacionalização do plano e da rede credenciada.

CONVÊNIO RECIPROCIDADE - É o convênio firmado entre o Serpro e uma rede conveniada, visando assegurar o atendimento médico-hospitalar para os seus beneficiários por intermédio da utilização da rede de profissionais credenciados desta rede conveniada.

LIVRE ESCOLHA - É o regime em que o atendimento médico hospitalar é prestado por instituições ou por profissionais não credenciados, segundo escolha pessoal do beneficiário, o qual realiza diretamente o pagamento dos serviços prestados e, posteriormente, é reembolsado pelo PAS/Serpro de acordo com as condições e os limites constantes no regulamento do programa.

ÍNDICE DE SINISTRALIDADE - Entende-se por índice de sinistralidade a relação percentual entre despesas e receitas do PAS/Serpro.

A quem se destina o PAS/Serpro

Poderá dispor deste benefício todo empregado, aposentado e/ou pensionista assistido pelo Serpro, e seus dependentes diretos, desde que estejam enquadrados no regulamento do PAS/Serpro como também no ACT vigente da empresa, e que se encontrem regularmente cadastrados no plano.

OS BENEFICIÁRIOS ESTÃO DIVIDIDOS EM DOIS GRUPOS

I - GRUPO I

Os empregados em efetivo exercício na empresa, dirigentes (mandatários)/requisitados de outros Órgãos para o SERPRO, e seus respectivos beneficiários diretos regularmente cadastrados no PAS/Serpro.

Observações

- a)** Os dirigentes (mandatários) só terão direito ao benefício caso não usufruam de outro semelhante no órgão de origem.
- b)** Os requisitados de outros órgãos terão direito ao plano, se requererem sua adesão ao PAS/Serpro.
- c)** Para a manutenção - no grupo I - do dependente entre 21 e 24 anos completos, que cursa nível superior deverá ser apresentado semestralmente ao OLGP-órgão local de gestão de pessoas - declaração do estabelecimento de ensino superior comprovando a frequência regular do aluno ou comprovante de pagamento das mensalidades dos últimos 6 (seis) meses. Os documentos acima mencionados deverão ser apresentados até o último dia útil do mês de início do semestre letivo.
- d)** Ocorrendo invalidez permanente do beneficiário dependente comprovada pelo médico especialista e homologada pelo serviço médico do Serpro extinguir-se-á o limite de idade para permanência no plano.
- e)** Na ocorrência de casais de empregados (cônjuge/companheiro) um deles poderá optar por ser dependente do outro, ficando a participação financeira a cargo apenas do empregado titular.
- f)** Quando os dois empregados forem titulares, não poderão inscrever dependentes em comum(filhos/equiparados),devendo optar pela inscrição da seguinte forma:

- g) todos em nome de um dos empregados;
- h) distribuídos entre os dois empregados ;ou
- i) da forma que melhor convier ao casal.

I - GRUPO II

I) Aposentado desligado sem justa causa desde de que tenha solicitado sua permanência até 30 (trinta) dias a contar da data do desligamento e que comprovadamente tenha se aposentado pela Previdência Social durante a vigência do contrato de trabalho.

Observações

- a) O aposentado deverá contribuir para o PAS/Serpro - GRUPO I - no mínimo 10 (dez) anos para ter direito a esse benefício por prazo indeterminado.
- b) Para aqueles que contribuíram por menos de 10 (dez) anos - tempo proporcional à contribuição, sendo 1 (um) ano de permanência para cada ano de contribuição para o PAS/Serpro - GRUPO I.
- II) Demitidos sem justa causa e seus dependentes que se encontrem inscritos no plano enquanto empregados ativos e que tenham solicitado sua permanência até 30 dias após seu desligamento, conforme prevê a Lei 9.656/98.

Observações

- a) O período de permanência do ex-empregado demitido sem justa causa e seus respectivos dependentes cadastrados no PAS/Serpro será de um terço do tempo que este contribuiu para o plano, considerando, ainda, o prazo mínimo e máximo.
- b) Prazo mínimo assegurado: 6 (seis) meses / Prazo máximo assegurado: 24 (vinte e quatro) meses.

III) Os dependentes do empregado e do aposentado que se encontrem regularmente cadastrados no PAS/Serpro, e que tenham solicitado sua permanência no prazo de 30 dias, na hipótese de falecimento do titular.

Observação

Não serão mantidos nessa condição os dependentes que perderem a condição de elegibilidade, conforme os critérios definidos no regulamento do plano.

IV) Empregados do SERPRO durante o período em que estiverem com o contrato de trabalho suspenso, em razão do evento de licença sem remuneração.

Observações

a) Para fazer jus a este benefício os ex-empregados ou empregados com contrato de trabalho suspenso devem ter, durante a vigência do seu contrato de trabalho com o SERPRO, contribuído com o custeio do PAS/Serpro – GRUPO I, conforme disposto na Lei 9.656/98, e desde que requeiram sua adesão no prazo definido no regulamento do plano.

b) Quando a licença é por opção do beneficiário titular ocorrerá a migração para o grupo II.

v) Os filhos solteiros de empregados até 28 anos de idade, que perderam a condição de dependência prevista nos critérios definidos no ACT vigente, desde que o empregado ou aposentado assuma mensalmente o pagamento integral da parcela da faixa etária correspondente do plano de saúde.

ADESÕES/ CARÊNCIAS/ EXCLUSÃO VOLUNTÁRIA

A adesão ao PAS/Serpro ocorrerá mediante a assinatura do formulário “Termo de Adesão” que posteriormente deverá ser encaminhado ao Órgão Local de Gestão de Pessoas – OLGP, da Regional de vinculação do beneficiário Titular.

Para inscrição de dependentes no PAS/Serpro deverão ser atendidos os requisitos exigidos no regulamento do plano e no ACT vigente do Serpro.

A inclusão de dependentes não têm caráter definitivo, reservando-se a Empresa o direito de, a qualquer tempo, solicitar atualização das informações prestadas.

A solicitação de adesão do empregado, sem cumprimento de carência, deverá ocorrer no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da admissão, readmissão ou reintegração.

A inclusão de novos dependentes, dos atuais empregados, procedentes de nascimento, adoção, guarda judicial, tutela e casamento, o prazo para adesão sem carência será de 30 (trinta) dias a contar da data do evento.

GRUPO I

Caso seja solicitado pelo beneficiário titular sua exclusão voluntária e/ou de seu(s) dependente(s), e/ou de seu(s) agregado(s), somente poderá(ão) retornar ao PAS/Serpro depois de decorrido o prazo de carência de 90 (noventa) dias a contar do mês em que foi efetivada a exclusão.

GRUPO II

Havendo exclusão voluntária, implicará a impossibilidade de retorno ao PAS/Serpro.

A exceção do Agregado de titular ativo que somente poderá retornar ao PAS/Serpro depois de decorrido o tempo de carência de 90 dias a contar do mês em que foi efetivada a exclusão.

Os empregados que não fizerem a adesão na forma do disposto no regulamento, bem como, aqueles que forem excluídos e solicitarem nova adesão, sujeitar-se-ão às carências previstas no seguinte quadro:

CARÊNCIA	SERVIÇOS MÉDICO - HOSPITALARES
A partir de 0 (zero) hora da efetivação da opção.	Casos de acidentes pessoais
A partir de 24 (vinte e quatro) horas da efetivação da opção.	Casos de emergência e os de urgência
A partir de 30 (trinta) dias da efetivação da opção.	Consultas médicas
A partir de 60 (sessenta) dias da efetivação da opção	Procedimentos de diagnose, tratamentos especializados, procedimentos especiais, terapias, exclusivamente ambulatoriais.
A partir de 180 (cento e oitenta) dias da efetivação da opção.	Internações hospitalares (incluindo serviços de diagnose e terapia que façam parte desta), remoções, todo procedimento cirúrgico, exceto parto
A partir de 300 (trezentos) dias da efetivação da opção.	Parto a "termo" (no período de 9 meses)

PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO TITULAR E/OU DEPENDENTE

Perdem a condição de beneficiário titular e/ou dependente:

- Os empregados, incluindo os seus dependentes, quando do desligamento do SERPRO;
- Os empregados e seus dependentes, quando o titular solicitar a exclusão voluntária do PAS/Serpro;
- Os dependentes, por cassação de guarda, tutela e curatela, morte ou quando atingir a idade limite e/ou não apresentar a documentação exigida no regulamento; neste último caso o retorno também será nas condições previstas no regulamento; os requisitados e seus dependentes, quando de seu retorno ao órgão de origem;
- O empregado e seus dependentes, quando o titular tiver seu contrato de trabalho suspenso desde que não atendam às condições estabelecidas no

regulamento, à exceção de auxílio-doença, acidente de trabalho, licença maternidade e licença adoção;

- O empregado e seus dependentes, quando o titular não efetuar o pagamento da participação financeira sob sua responsabilidade, conforme estabelecido na Lei 9.656/98 (60 dias consecutivos ou não);
- O empregado e seus dependentes, quando o titular for demitido por justa causa, estando ou não aposentado pela Previdência;
- O (a) ex-cônjuge/companheiro (a) quando da separação judicial ou término da relação;
- Agregados quando for completado o prazo máximo definido pelo regulamento do plano.

Observação:

Alterações de cadastro do Beneficiário Titular, mudança ou perda de condição de seus dependentes ou agregados devem ser comunicadas imediatamente ao Órgão Local de Gestão de Pessoas evitando, assim, o uso indevido desse benefício, pois a prática de irregularidades ou fraudes, sujeitará o beneficiário titular à cobrança do valor correspondente às utilizações indevidas, estando sujeito, ainda, à suspensão ou exclusão do PAS/Serpro, independente das punições legais cabíveis.

FIQUE ATENTO!

O não recebimento do boleto bancário, não exime o beneficiário do pagamento dos valores devidos, razão pela qual o titular/responsável deverá entrar em contato com o OLGP/Regional para orientação sobre os procedimentos a serem adotados neste caso.

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

O Plano de Saúde do SERPRO possui duas carteiras. Uma para atendimento por meio da Rede Credenciada e outra para atendimento por meio da Rede Conveniada. Por ocasião de qualquer tipo de atendimento, é obrigatória a apresentação do Cartão de Identificação

- Carteira da Rede Serpro ou da Rede Conveniada
- juntamente com um documento oficial de identidade.

Sua distribuição é feita pelo Órgão Local de Gestão de Pessoas da Regional de vinculação do beneficiário titular.

Observações:

Caso ocorra perda ou extravio do cartão, comunique o fato, de imediato, ao OLG da Regional de vinculação do beneficiário titular para que sejam tomadas as devidas providências. A validade das carteiras é de 2 (dois) anos.

FIQUE ATENTO!

Nunca empreste a carteira, sob pena de configuração de fraude.

MODALIDADES DE ATENDIMENTO

O PAS/Serpro está subdividido em duas modalidades de assistência à saúde, a seguir conceituadas:

I - LIVRE ESCOLHA - Modalidade de utilização de serviços médico-hospitalares prestados/executados por profissionais/entidades particulares, não credenciados.

Observação

Na hipótese de o beneficiário utilizar a modalidade livre escolha, a prestação do serviço ficará sujeita às regras e valores de ressarcimento descritos em regulamento e tabela própria do PAS/Serpro.

II - REDE CREDENCIADA - Poderá ser utilizada duas redes credenciadas distintas: Rede Credenciada - Formada por prestadores de saúde credenciados pelo PAS/Serpro.

Para consultá-la, o beneficiário deverá acessar o seguinte sítio eletrônico do Serpro: <https://serpro.bennercloud.com.br/PORTAL> ou ligar para Central **0800 888 9504**.

FIQUE ATENTO!

Ao utilizar um prestador por meio da rede conveniada, paga-se o valor do atendimento, acrescido de um custo operacional pela utilização da rede daquela operadora. Se com esse mesmo prestador for utilizada a rede própria, o valor fica restrito ao atendimento.

Rede Conveniada - Formada pela rede conveniada ao SERPRO.

Por meio dessa Central, poderão ser acolhidas reclamações e obtidas informações sobre prestadores de serviços credenciados.

FIQUE ATENTO!

Na utilização da rede credenciada, tornam-se imprescindíveis algumas atitudes do usuário para preservar a integridade do patrimônio, assim como para

cultivar a ética no relacionamento com o profissional de saúde, clínica, hospital ou laboratório contratado:

- Não assine guias em branco;
- Assine apenas uma guia para cada procedimento;
- Não assine guia para retirada de gesso.
- Não assine documentos se responsabilizando por pagamentos em casos de negativas/glosas efetuadas pela operadora.

REGULAÇÃO E AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

Os mecanismos de regulação definem os limites para utilização dos serviços médicos hospitalares do Plano de Assistência à Saúde. Entre os mecanismos, há autorização prévia para os serviços cobertos, exceto para as consultas médicas realizadas por meio da rede credenciada ou conveniada nas especialidades de cirurgia geral, clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia.

O pedido de autorização deve ser feito exclusivamente por telefone, com antecedência mínima de 48 horas e máxima de quinze dias em relação à data de realização do procedimento. No pedido médico deverá constar, além do exame ou procedimento a ser realizado, a hipótese diagnóstica ou o CID, o motivo da solicitação, a data, o nome completo, o CRM, o carimbo e a assinatura do médico assistente.

FIQUE ATENTO!

Caso algum beneficiário do PAS/Serpro desejar maiores esclarecimentos referente a negativa de cobertura de procedimentos, este poderá encaminhar ao OLGP de sua lotação, e-mail ou carta formalizada por escrito, solicitando resposta do motivo da negativa de cobertura.

CONSULTAS MÉDICAS

Comparecer às consultas marcadas é dever do beneficiário. Se ocorrer algum imprevisto, cancele a consulta, pois seu valor será cobrado, pelo médico ou

instituição, quando faltar ao procedimento marcado, sem comunicação prévia de, no mínimo, 24 horas.

Observação:

O prazo de retorno ao médico é de 30 (trinta) dias, mas, por definição contratual, este prazo poderá ser reduzido.

FIQUE ATENTO!

Após a realização de uma consulta, o tratamento e as prescrições do médico devem ser seguidos rigorosamente.

EXAMES ESPECIAIS E TRATAMENTOS COMPLEMENTARES

Os serviços complementares de diagnóstico (exames de laboratório, radiologia, etc.) e de terapia (fisioterapias, radioterapias, etc.) devem ser realizados em laboratórios ou instituições especializadas, e não devem ser procurados sem o “encaminhamento médico”.

De posse da solicitação médica, o beneficiário deverá proceder da seguinte forma: Escolher o laboratório ou clínica especializada de preferência. Ligar para marcar o horário do exame e solicitar orientações necessárias para realização do exame/tratamento (jejum, suspensão de medicamento).

No dia marca do, apresente-se munido dos documentos abaixo:

- Cartão de identificação;
- Documento de identidade;
- Requisição emitida pelo médico;
- Autorização prévia da Qualirede ou rede Conveniada, se o procedimento assim o exigir.

Observações

a) Deve-se realizar exames conforme solicitação médica. Uma vez solicitados e realizados, o beneficiário deve retirar o resultado de seus exames. Estudos indicam que grande parte dos pacientes não retorna para retirar os resultados e

não dá continuidade ao tratamento, causando duplo prejuízo: para si mesmo e para o PAS/Serpro.

b) Após a utilização dos exames, guarde-os com segurança. Tais diagnósticos poderão ser úteis também no futuro.

c) Para alguns procedimentos ou tratamentos complementares, exige-se perícia médica prévia. Por isso, ao tomar conhecimento de que precisará se submeter a algum procedimento especial ou tratamento complementar, ligue para a Central da Qualirede (rede credenciada) ou se for o caso para a Central Rede Conveniada, a fim de receber orientações específicas sobre as providências a serem adotadas.

FIQUE ATENTO!

É seu dever conferir sempre se todos os procedimentos realizados foram devidamente discriminados.

INTERNAÇÕES

As internações serão efetuadas em quarto particular com banheiro privativo e direito a acompanhante, sem limite de dias de internação, inclusive as que se fizerem em UTI.

Observações

Todas as internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas (partos), necessitam ser previamente autorizadas pela Qualirede ou pela rede Conveniada. Nos casos de atendimento de urgência ou emergência, a autorização prévia, para internação, será solicitada pelo médico assistente ou pelo hospital.

Se houver necessidade de prorrogação do tempo de internação, uma nova solicitação do médico deverá ser apresentada à Qualirede (rede credenciada) ou à rede conveniada com as razões técnicas que justificam o fato.

FIQUE ATENTO!

Quando o beneficiário optar por internação em acomodação de maior conforto do que o previsto no regulamento do PAS/Serpro, as diferenças devem ser pagas diretamente pelo beneficiário ao hospital.

- A cobertura do Plano nas internações abrange:
- Diárias;
- Taxas de sala cirúrgica;
- Taxas de uso de equipamentos;
- Taxas de salas diversas;
- Serviços auxiliares de diagnose e de terapia;
- Materiais cirúrgicos;
- Medicamentos utilizados durante o período de internação;
- Honorários do clínico, do cirurgião, dos auxiliares médicos, dos anestesistas e em o dinamista;
- Instrumentador.

DESPESAS COM ACOMPANHANTES

Cobertura das despesas de um acompanhante, incluindo alimentação e acomodação, salvo contra indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos: (Redação dada pelo art. 2º da RN no 262, de 02/08/2011)

a) Crianças e adolescentes menores de 18 anos; (Redação dada pelo art. 2º da RN no 262, de 02/08/2011).

b) Idosos a partir do 60 (sessenta) anos de idade; e (Redação dada pelo art. 2º da RN no 262, de 02/08/2011).

c) Pessoas portadoras de deficiências. (Redação inserida pelo art. 2o da RN no 262, de 02/08/2011).

Cobertura de um acompanhante, indicado pela gestante, em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

FIQUE ATENTO!

A despesa do acompanhante é entendida como a taxa de permanência do acompanhante junto ao paciente. Não englobando despesas com alimentação, exceto para acompanhantes de menores de 18 anos, maiores de 60 anos e deficientes.

RENOVAÇÃO

O benefício prevê, sem ônus adicional para os beneficiários, serviço de remoção nos seguintes casos:

- Com prescrição médica para tratamento ou reabilitação de saúde desde que esteja impossibilitado de se locomover. O beneficiário só poderá ser removido (por ambulância do tipo simples ou UTI) do hospital que se encontra internado para realização de exames ou para outro hospital ou centro de tratamento que melhor atenda suas necessidades (Inter Hospitalar);
- Portador de doença grave ou que tenha sofrido acidente grave, verificadas as necessidades do paciente, conforme parecer do médico assistente, deverá ser removido, pelo meio de transporte mais conveniente, ambulância ou avião hospital, para local de melhor tratamento.

Observação:

Para as remoções programadas, o médico responsável pelo paciente deverá solicitar, previamente junto à Central de Regulação, autorização mediante o encaminhamento de relatório médico detalhado.

FIQUE ATENTO!

Nos casos de remoções de urgência, dispensa-se a autorização prévia, porém para a viabilização da cobrança, os serviços credenciados deverão comunicar e relatar, logo após o evento, em horário útil, a realização do transporte especializado.

SISTEMA LIVRE ESCOLHA

Neste sistema, o beneficiário dirige-se ao profissional/entidade e paga pelo atendimento recebido. A seguir, solicita o reembolso das despesas efetuadas, respeitados os limites e valores previstos na Tabela de Reembolso do PAS/Serpro. A opção pela utilização de serviços particulares é do beneficiário. Existindo diferença entre o valor das despesas e o valor do reembolso, esta será de exclusiva responsabilidade deste. Em nenhuma hipótese haverá complementação de reembolso pelo SERPRO.

Observações

- a)** Para solicitar reembolso de despesas médicas e/ou hospitalares, o beneficiário poderá entregar os documentos originais nos OLGP's da regional de lotação;
- b)** Todos os processos de reembolso passam por análise de consultor técnico que, em caso de dúvida, para melhor classificação do procedimento dentro da Tabela de Reembolso do Serpro, poderá solicitar algum documento complementar;
- c)** Os recibos ou outros documentos dando quitação às despesas médicas devem ser emitidos pelo médico ou entidade que prestou atendimento, em impresso próprio personalizado, contendo os dados descritos de acordo com o tipo de atendimento realizado.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CADA SITUAÇÃO

CONSULTAS

Recibo em impresso próprio do médico ou da instituição que efetuou o atendimento, no qual deve constar:

- Dados do médico, clínica, hospital, etc. (nome, endereço, CPF ou CNPJ);
- Número de registro no CRM (Conselho Regional de Medicina) ou CRN (Conselho Regional de Nutrição) do profissional que fez o atendimento;
- Especialidade médica;
- Valor da consulta;
- Nome do paciente e data da consulta.

EXAMES

- Recibo ou nota fiscal, no qual devem constar:
- Pedido médico contendo a especialidade e identificação do médico solicitante, assim como diagnóstico ou hipótese diagnóstica;
- Nome, endereço, CRM, CPF ou CNPJ da entidade profissional;
- Nome do paciente e data dos exames;
- Separadamente, deve ser indicado o código e a descrição de cada exame realizado, com o respectivo preço unitário.

Quando se tratar de exames radiológicos, os recibos ou notas fiscais devem indicar quais as partes radiografadas, quantas foram as incidências (chapas), bem como o preço cobrado para cada incidência.

A esse processo deve ser anexada a requisição médica e a autorização prévia, se for o caso.

INTERNAÇÃO

Nota fiscal, acompanhada da conta hospitalar, especificando:

- Período de internação;
- Discriminação das despesas hospitalares e dos serviços auxiliares de exames e tratamentos
- Realizados no período de internação, bem como de todo o material cirúrgico e medicamentos utilizados;
- Código e descrição dos procedimentos realizados;
- Relatório médico e autorização prévia (se for o caso);

Honorários médicos (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, assistência ao recém-nascido e visitas hospitalares);

Relatório médico emitido pelo médico assistente informando diagnóstico, tempo de existência da doença, tratamento realizado, período de internação, quantidade de visitas realizadas e recibo em impresso próprio do médico e/ou nota fiscal quitada da instituição que efetuou o atendimento, contendo:

- Dados do médico, clínica, hospital, etc. (nome, endereço, CPF ou CNPJ);
- Número de registro no CRM (Conselho Regional de Medicina) e especialidade do médico;
- Assinatura do profissional;
- Valor cobrado;
- Nome do paciente; Data da realização.

Observação

Em caso de equipe cirúrgica, informar nome, CRM, posição e valor cobrado de cada profissional.

Remoção terrestre (ambulância) - De hospital para hospital

- Relatório médico informando o diagnóstico do paciente e caracterizando a necessidade da remoção.
- Nota fiscal quitada da instituição que efetuou o atendimento, contendo:
- Nome do paciente;
- Valor cobrado;
- CNPJ da instituição;
- Nome e endereço completo da instituição;
- Data do atendimento;
- Total de quilômetros rodados;
- Local e data da partida e destino e especificar qual o tipo de ambulância UTI ou simples.

A cobertura desse serviço somente será concedida em caso de necessidade de remoção para hospital que ofereça melhores condições de atendimento.

Nenhum outro motivo que não o da estrita conveniência médica poderá determinar a remoção do usuário, bem como a escolha do meio de transporte.

Observação

Esse serviço não abrange o atendimento dos primeiros socorros.

REAJUSTE

O reajuste representa a majoração do preço pago por todos os empregados usuários do plano. É estabelecido de acordo com relatório feito por técnico especializado - mediante estudo atuarial. Esse estudo é submetido à análise da comissão paritária de saúde e, seguidamente, pela diretoria da empresa, visando a viabilidade econômico-financeira do plano.

ABRANGÊNCIA DOS SERVIÇOS COBERTOS E LIMITAÇÕES

Internação em hospitais gerais e especializados, maternidades, clínicas especializadas, com cobertura dos honorários médicos e de demais profissionais, inclusive anestesista, instrumentador, serviços gerais de enfermagem, serviços dietéticos diárias (incluindo UTI e isolamento), taxas, medicamentos, materiais, banco de sangue e remoção. Atendimento de Pronto

Socorro para situações de urgência ou emergência durante 24 horas, inclusive aos sábados, domingos e feriados. Cirurgia e Tratamento Ambulatorial.

Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia Prestados Durante o Atendimento Ambulatorial.

Materiais, Medicamentos, Banco de Sangue e Taxas, Durante o Atendimento Ambulatorial. Consulta Médica com hora marcada, em consultório médico.

Curativos, Pequenos Gessados e Pequenas Intervenções Cirúrgicas, que não exijam Anestesia Geral. Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia. Doenças Infecciosas e Parasitárias (inclusive Aids). Consulta com Fisioterapeuta

Cobertura obrigatória de 2 consultas de fisioterapia, por ano de contrato, para cada novo CID apresentado pelo paciente, e conseqüente necessidade de

construção de novo diagnóstico fisioterapêutico. R.P.G. – Reeducação Postural Global. Doenças Preexistentes, Crônicas e Congênitas. Consulta com Nutricionista

1. Cobertura mínima obrigatória, de 12 consultas, por ano de contrato, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

- a)** Crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso / altura);
- b)** Jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/ altura);
- c)** Idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (Índice de Massa Corpórea (IMC) <22 kg/m²);
- d)** Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;
- e)** Pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²) com mais de 16 anos;
- f)** pacientes ostomizados;
- g)** Após cirurgia gastrointestinal;
- h)** Para gestantes, puérperas e mulheres em amamentação até 6 meses após o parto.

2. Cobertura mínima obrigatória, de 18 sessões por ano de contrato, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

3. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

Cirurgia Plástica Reparadora. Aquela realizada quando necessária à restauração das funções de algum órgão ou membro alterado em decorrência de acidente pessoal, inclusive casos de má-formação congênita e suas consequências. Fornecimento de Próteses, Órteses e seus acessórios ligados ao ato cirúrgico.

Prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido. 365 dias por ano para Internação Clínica, Cirúrgica e UTI. Cirurgia Refrativa (PRK ou LASIK) – Para beneficiários maiores de 18 anos e com grau estável há pelo menos um ano, com miopia de graus entre (-5,0) e (-10,0), com ou sem astigmatismo associado com grau até (-4,0) ou hipermetropia até grau 6,0, com ou sem astigmatismo associado, com grau até 4,0. Os graus devem ser considerados separadamente para cada tipo de distúrbio.

CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

Cobertura mínima obrigatória de 12 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- i)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F03);
- j)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F79);
- k)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82, F83);
- l)** Pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99);
- m)** Pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 A M99).

FONOAUDIOLOGIA

Cobertura mínima obrigatória de 24 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a)** Taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.6);
- b)** Pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- c)** Pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- d)** Pacientes com transtornos hipercinéticos – TDAH (CID F90);
- e)** Dislexia e outras disfunções simbólicas, não classificadas em outra parte (CID R48);
- f)** Pacientes com apnéia de sono (G47.3);
- g)** Pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (T-20);
- h)** Pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (T-27);
- i)** Pacientes com queimadura de boca e da faringe (T-28.0);
- j)** Pacientes com disfonia não crônica (CID R49.0).

Para os casos decorrentes de problemas neurológicos, a duração do tratamento será fixada pelo SERPRO, de acordo com a necessidade do paciente, em conformidade com o parecer do médico assistente e a área de regulação médica. Internações Psiquiátricas e Tratamento para Desintoxicação Alcoólica ou Tóxica

Observações

- 30 (trinta) dias por ano, para internação em hospital psiquiátrico, em unidade de terapia ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para beneficiário portador de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- 30 (trinta) dias em hospital geral, para beneficiário portador de quadro de intoxicação ou abstinência, provocado por dependência química que exija hospitalização.

Cobertura ilimitada em hospital dia quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a)** Paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa;
- b)** Paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizo típicos e transtornos

delirantes;

- c)** Paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor);
- d)** Paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento.

OBSERVAÇÃO:

Transplantes - De tecidos, órgãos ou partes do corpo humano reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina e despesas com a retirada e transporte dos mesmos. Em caso de transplante inter vivos, as despesas com o doador.

PSICOTERAPIA

Consulta/Sessão com Psicólogo

Cobertura mínima obrigatória de 12 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a)** Pacientes candidatos a cirurgia de esterilização feminina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária / Laqueadura Tubária Laparoscópica);
- b)** Pacientes candidatos a cirurgia de esterilização masculina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia);
- c)** Pacientes candidatos a gastroplastia e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica;
- d)** Pacientes candidatos a cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Implante Coclear;
- e)** Pacientes ostomizados e que se enquadram nos critérios estabelecidos no Protocolo de Utilização do procedimento: Fornecimento de Equipamentos Coletores e Adjuvantes para Colostomia, Ileostomia e Urostomia, Sonda Vesical de Demora e Coletor de Urina.

CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL

Cobertura mínima obrigatória de 40 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- b)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84);
- c)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da alimentação (CID F50);
- d)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31, F33).

SESSÃO DE PSICOTERAPIA

Cobertura mínima obrigatória de 18 sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
- b)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);
- c)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);
- d)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);
- e)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30 a F39);
- f)** Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19);

g) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade. (CID F60 a F69).

Homeopatia, realizada por Médico Acupuntura, realizada por Médico Implante de DIU não Hormonal e Hormonal

Procedimentos para Anticoncepção - Esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, conforme os critérios estabelecidos pelo regulamento PAS/Serpro.

PARTO OBSERVAÇÃO

O evento parto termina com a alta hospitalar dada à parturiente. Nos casos em que o recém-nascido tiver necessidade de permanecer internado, essa internação estará coberta por um período máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de nascimento, desde que justificada por relatório médico.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR CLÍNICA OBSERVAÇÃO

Uma visita médica hospitalar por dia de internação, exceto quando da necessidade de parecer de especialista justificado por relatório médico.

EXAMES E/OU TRATAMENTOS QUE EXIGEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Principais exames e/ou tratamentos:

Internação, incluindo:

- Prorrogação de internação.
- Uso de OPME.
- Intercorrência cirúrgica em internações clínicas.
- Day clinic e internação em curta permanência (até 6 horas).
- Remoção inter-hospitalar e, em eventualidades específicas, de alta hospitalar.
- Diagnose:
- Exames de citogenética ou Imuno-histoquímica;

- Exames neurológicos: Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia, Polissonografia,
- Potencial Evocado e Mapeamento Cerebral;
- Exames cardiológicos: Eletrocardiograma de alta resolução, Ecocardiograma, Monitorização de Pressão Arterial, Holter Cardíaco e Teste Ergométrico;
- Exames oftalmológicos excetuando-se mapeamento de retina, campimetria, gonioscopia, paquimetria e retinografias simples;
- Exames em Otorrinolaringologia, excetuando-se audiometria tonal, SRT e Impedanciometria;
- Exames em urologia;
- Ultrassonografias, Doppler, Mamografias digitais;
- Tomografia computadorizada;
- Ressonância nuclear magnética;
- Radiologia intervencionista, hemodinâmica e medicina nuclear in vivo (cintilografias);
- Quaisquer procedimentos realizados por via endoscópica ou vídeo assistidos, tais como endoscopia digestiva alta, colonoscopia, toracoscopia, nasofibrolaringoscopia, mediastinoscopia e artroscopia;
- Angiografias;
- Exames com diretrizes de utilização;
- Tratamentos Ambulatoriais:
- Quimioterapia e radioterapia.
- CAPD e hemodiálise ambulatorial.
- Tratamentos com medicamentos de alto custo (retrovirais, imunobiológicos, etc), conforme a seguir detalhados
- Hemoterapia ambulatorial.
- Oxigenoterapia hiperbárica.
- Terapias por ondas de choque.
- Medicina hiperbárica.

- Quaisquer procedimentos ambulatoriais que demandem cobrança de auxiliares, anestesistas ou acomodação em day clinic.
- Procedimentos Ambulatoriais:
- Procedimentos dermatológicos com retalhos.
- Cirurgias refrativas (diretriz de utilização), injeção intravítreo com Lucentis e todas as cirurgias oftalmológicas com porte anestésico 4 ou mais.
- Colonoscopias cirúrgicas.
- Histeroscopias cirúrgicas.
- Radiologia Intervencionista.
- Mediastinoscopias.
- Curativos seriados ambulatoriais.
- Quaisquer outros exames ou procedimentos ambulatoriais que tenham diretriz de utilização no Rol da ANS, tais como:
- Angiotomografia coronariana.
- Mamotomia.
- Bloqueio com toxina botulínica.
- Implante de anel intraestromal.
- Pet Scan oncológico.
- Tilt test.
- Tomografia de coerência óptica
- Marcação estereotáxica para lesão de mama.
- Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se dêem por força de Lei e de normas regulamentadoras da ANS.

DESPESAS NÃO COBERTAS

- Procedimentos não éticos, experimentais, não reconhecidos pela prática médica, ou que não sejam respaldados pela Medicina Baseada em Evidências (“MBE”);
- Procedimentos com finalidade estética, ou seja, que não visam restaurar função parcial ou total do órgão, ou parte lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, excetuando-se as cirurgias plásticas para reparação de limitações funcionais;
- Mamoplastia, correção de hipertrofia mamária, exceto nos casos de neoplasias ou lesões traumáticas;
- Dermolipectomia abdominal, à exceção dos casos que estiverem de acordo com critérios objetivos determinados e aferidos em perícia médica e que estejam enquadrados nas diretrizes de utilização da ANS;
- Tratamento em clínicas de emagrecimento estético, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- Drenagem linfática com finalidade estética;
- Reversão de método contraceptivo cirúrgico (laqueadura, vasectomia, etc.)
- Transplantes, à exceção dos de córnea, rim, menisco, pele, ossos e medula, bem como as despesas com doadores incluindo procedimentos de apoio ou complementares a esses eventos;
- Inseminação artificial, e procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos de apoio a esta técnica;
- Condicionamento físico, à exceção dos pacientes cardiopatas ou pulmonares crônicos;
- Exame de DNA para investigação de parentesco;
- Medicina Esportiva ou consultas, exames, internações e quaisquer produtos e procedimentos destinados a melhoria da performance de atletas;
- Implante ou transplante de Células-Tronco para doenças não hematológicas;
- Despesas domiciliares de qualquer espécie, inclusive Home-Care;
- Aluguel de equipamentos para uso domiciliar;

- Enfermagem em caráter particular;
- Atendimento em especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e quaisquer produtos e procedimentos em especialidades não reconhecidas pelo CFM, tais como: ortomolecular, fitoterapia, terapia floral, iridologia, etc.;
- Órteses, próteses e materiais especiais e de sínteses – OPME, usados em procedimentos estéticos
- Medicamentos de uso continuado, absorventes higiênicos, materiais de higiene e limpeza, alimentação e assemelhados, quando da alternativa de internação domiciliar, opção está exclusivamente definida pelo Serpro;
- Medicamentos não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA ou importados não nacionalizados, ou importados com similar nacional de menor valor;
- Medicamentos para tratamento domiciliar e utilizados em regime ambulatorial a exceção de antineoplásicos para tumores malignos, ou aqueles
- expressamente autorizados na política de cobertura de medicamentos ambulatoriais;
- Tratamento de enfermidades ou acidentes decorrentes de perturbações da ordem pública, atentados, operações militares, convulsões sociais e catástrofes públicas, quando declarados por autoridade competente;
- Remoções aéreas;
- Procedimentos e tratamentos realizados no exterior;
- Necropsia, preparação de corpo, taxa de morgue, velório e afins;
- Ultrassonografia 3D/4D;
- Eventos extra-rol ANS, vigentes.

Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se dêem por força de Lei e de normas regulamentadoras da ANS.

PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE PERÍCIA PRÉVIAS

Estão sujeitos a eventual perícia prévia pelo Serpro ou por prestador por esta contratado, através de auditoria médica os seguintes procedimentos:

- Cirurgias plásticas reparadoras em geral, tais como dermolipectomia, cirurgia de pálpebra, mama.
- Procedimentos dermatológicos.

Observação

Eventualmente, a critério da área da regulação médica, as perícias poderão ser substituídas por laudos detalhados ou perícia/documentação fotográfica.

FIQUE ATENTO!

Alguns procedimentos e/ou exames complementares de diagnóstico necessitam de perícia prévia. Antes de sua realização, solicite orientação à Central da rede Credenciada ou se for o caso a Central da rede Conveniada.