

Guia Contratual - Pessoa Física



BioSaúde

É COM GRANDE SATISFAÇÃO QUE APRESENTAMOS O GUIA CONTRATUAL COM PERGUNTAS E RESPOSTAS SOBRE AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO SEU CONTRATO. ESTA É MAIS UMA DAS MEDIDAS VISANDO A SATISFAÇÃO DE SEUS BENEFICIÁRIOS POR MEIO DA OFERTA DE SOLUÇÕES PERSONALIZADAS PARA VOCÊ. BOA LEITURA!

1. Qual o tipo de contratação do contrato? Qual a sua duração?

O tipo de contratação é individual ou familiar e este contrato terá o início de vigência a partir da assinatura pelo beneficiário da proposta de admissão.

A vigência do contrato será por prazo inicial de 12 (doze) meses. Não havendo pedido de cancelamento, o presente contrato será automaticamente renovado por período indeterminado, isento o beneficiário do pagamento de quaisquer taxas ou valores a título de renovação, bem como do cumprimento de novas carências, com exceções das firmadas no contrato.

2. Quais as coberturas do contrato e onde posso ser atendido?

O seu plano de saúde possui a segmentação assistencial ambulatorial + hospitalar com obstetrícia. Isto quer dizer que você terá cobertura para todos os procedimentos descritos no ROL de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde – ANS, durante os atendimentos de urgência e emergência, consultas, exames e terapias, internações clínicas, cirúrgicas e partos após o cumprimento dos prazos de carência e período de cobertura parcial temporária, se existentes.

Os atendimentos serão prestados exclusivamente pela rede credenciada da Operadora, dentro da abrangência geográfica contratada. Os prestadores de serviços que compõem a rede assistencial da Operadora estão divulgados no portal da Bio Saúde, de acordo com o plano contratado e tipo de atendimento prestado (consultas, exames, terapias, internações, etc.).

A abrangência de cobertura será municipal ou grupo de municípios (direito a atendimento no município descrito na Proposta de Contratação e/ou no contrato, conforme o plano contratado).

A abrangência geográfica está descrita nas Condições Gerais do plano contratado (documento com descritivo das principais características e cobertura do plano contratado), disponível no portal da Operadora e também na Proposta de Contratação.

3. Quais as exclusões de coberturas do contrato?

As principais exclusões de seu contrato são:

- a) Procedimentos não previstos no Rol da ANS.
- b) Procedimentos não solicitados por médico ou cirurgião dentista.
- c) Procedimentos indicados para pacientes que não preenchem as diretrizes clínicas e de utilização da ANS (RN 387 e seus anexos).
- d) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.
- e) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.
- f) Inseminação artificial.

g) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais.

h) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Anvisa.

i) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto para os casos de cobertura de medicamentos antineoplásicos orais e medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso.

j) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

k) Tratamentos ilícitos ou antiéticos.

l) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

m) Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

Importante ressaltar que há outras exclusões de cobertura em seu contrato. Para maiores esclarecimentos, consulte o item 11 de suas Condições Gerais

4. Quem pode ser beneficiário do contrato?

Os beneficiários são as pessoas que podem ser incluídas no contrato. Poderão ser incluídos no seu contrato individual somente o beneficiário titular.

5. Quais os documentos necessários para solicitar a inclusão no plano de saúde?

O beneficiário deverá preencher e assinar a Proposta de Adesão, sendo responsável pelo teor das informações contidas na Declaração de Saúde.

De acordo com as normas editadas pela ANS, para efetivação da contratação, o beneficiário deverá encaminhar cópia dos seguintes documentos:

- a) Cartão de inscrição no CPF;
- b) Documento de identificação civil (RG, habilitação, etc.);
- c) Comprovante de endereço;
- d) Cartão Nacional de Saúde.

6. Quais os prazos de carência do seu contrato?

Carência é o período durante o qual o beneficiário paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato. Será exigido o cumprimento dos prazos de carência para os beneficiários titulares a partir da data de inclusão no plano, conforme tabela a seguir.

TABELA DE CARÊNCIAS BIO SAÚDE

PRAZOS DE CARÊNCIAS		CONTRATO
GRUPO	DESCRIÇÃO DO GRUPO	PRAZO
1	Urgência ou Emergência	24 HORAS
2	Consultas e Exames Simples	30 DIAS
3	Exames de Baixa Complexidade	30 DIAS
4	Exames Especiais	180 DIAS
5	Exames de Alta Complexidade	180 DIAS
6	Transplantes e Internações	180 DIAS
7	Partos a Termo	720 DIAS
8	Cobertura Parcial Temporária	24 MESES

7. Quais os limites de coberturas decorrentes da CPT? O que é CPT?

CPT significa Cobertura Parcial Temporária e corresponde à suspensão pelo prazo de até 720 dias de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) declaradas pelo Beneficiário ou seu representante legal no preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde (DPS).

O beneficiário deverá informar à BIO SAÚDE, por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doença ou lesão preexistente à época da adesão, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

8. Como faço para utilizar o plano de saúde?

Para utilizar o plano, você deverá ter baixado a carteirinha digital ou ter recebido pelo Correio, através do portal da operadora www.biosaude.med.br fazer a busca pela rede credenciada de sua preferência.

Em caso de dúvidas, consulte os canais de atendimento divulgados no portal.

9. Como é o pagamento das mensalidades do seu plano de saúde?

As mensalidades do seu contrato são preestabelecidas, ou seja, há um valor prefixado correspondente a um período de cobertura.

O boleto para o pagamento da primeira mensalidade será enviado ao endereço eletrônico informado na proposta de contratação em até 5 (cinco) dias úteis antes da data de vencimento.

O vencimento da segunda mensalidade ocorrerá 30 (trinta) dias após a data de vigência do contrato e assim sucessivamente.

Os boletos serão enviados via Correios, e-mail e, estarão disponíveis pelo site da operadora www.biosaude.med.br e Aplicativo.

10. Como é aplicado o reajuste por faixa etária?

O valor da mensalidade será reajustado sempre que ocorrer mudança de faixa etária do Beneficiário. O reajuste observará o percentual correspondente às faixas etárias identificadas e será aplicado na mensalidade subsequente ao aniversário.

Os percentuais de reajuste para cada faixa etária variam de acordo com o plano contratado e estão disponíveis nas Condições Específicas do seu contrato no portal da Operadora. Ex.: O beneficiário que ingressou no plano com 53 anos terá reajuste por faixa etária ao completar 54 anos e outro reajuste ao completar 59.

11. Como é aplicado o reajuste anual?

Fica convencionado entre as partes que a cada período de 12 (doze) meses, a contar da assinatura deste instrumento, será aplicado ao valor da mensalidade reajuste correspondente ao percentual divulgado e autorizado pela ANS, independentemente de eventual reajuste por mudança de faixa etária, conforme regras constantes da Resolução Normativa ANS vigente no período de aplicação do reajuste.

12. O que ocorre se houver atraso no pagamento da mensalidade?

No caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até 50º dia de inadimplência, o contrato poderá ser cancelado pela Bio Saúde.

O cancelamento deste instrumento não prejudicará a cobrança dos serviços eventualmente utilizados pelo beneficiário, durante a vigência do contrato.

A comunicação de inadimplência será realizada de modo digital através do e-mail informado na contratação como também poderá ser utilizado o envio de SMS ao celular informado.

13. Além da inadimplência, em quais outras hipóteses o contrato pode ser rescindido?

O presente contrato poderá ser suspenso ou rescindido em uma das seguintes hipóteses:

a) A pedido do beneficiário, mediante comunicação à Bio Saúde;

b) Em caso de fraude, tentativa de fraude e dolo comprovados, cometidos por qualquer beneficiário, em detrimento da Bio Saúde, nos termos do art. 13, da Lei 9.656/98;

c) Nas hipóteses das letras “A” e “B” acima informadas, o cancelamento deste instrumento não prejudicará a cobrança dos serviços eventualmente utilizados pelo beneficiário, durante a vigência do Contrato.

14. Quais os canais de atendimento ao beneficiário vinculado ao contrato?

O Beneficiário poderá entrar em contato pelo telefone (11) 3622-0140 (SAC 24 HORAS) para auxílio, dúvidas e demais assuntos contratuais ou utilizar-se do nosso Portal BIO SAUDE (www.biosaude.med.br) e também pelo aplicativo (IOS e Android), para emissão de 2ª via de boleto, 2ª via de carteirinha, para obtenção de informações específicas do seu plano de saúde (indicação de rede para atendimento, autorizações, cobertura contratual, marcação de consultas e demais serviços), solicitação de cancelamento, etc.

Para verificar a central de atendimento da sua região, consulte o portal da operadora (<http://www.gndi.com.br/atendimento-saudenotredame-intermedica>) ou ligue para o número da Central de Atendimento, disponível no verso da carteirinha de identificação.

Esperamos que os assuntos tratados tenham colaborado para a melhor compreensão dos termos contratados e facilitado a utilização dos nossos serviços sempre que necessário.

Este guia de orientações não tem caráter vinculativo e não substitui as informações constantes do contrato (condições gerais e específicas) e da proposta.

Estamos à sua disposição em nossos canais de atendimento.



BioSaúde