Hapvida NotreDame

Minuta Contratual

ADVANCE 600

Julho 2023 PÚBLICO

ANS nº 359017

CAPÍTULO III - CONDIÇÃO ESPECÍFICA DE CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

LINHAS ADVANCE 600

Esta Condição Específica de Contratação de Plano de Saúde é parte integrante e indissolúvel do **CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OU SEM OBSTETRÍCIA PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS – PME (07.2023.001).**

1. CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS

Nome do Plano	Número de Registro na ANS	Coparticipação	Segmentação	Acomodação
ADVANCE 600.	474.439/15-0	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva
ADVANCE 600.	474.438/15-1	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Individual

2. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

2.1. O padrão de acomodação de cada plano observará sempre aquele previsto na tabela constante no item 1. CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS da presente Condição Específica:

(a) Acomodação Coletiva: quarto não privativo de até 02 (dois) leitos. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos referenciados, é garantido ao Beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem custo adicional;

(b) Acomodação Individual: apartamento com quarto e banheiro privativos e com direito a um acompanhante.

3. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

3.1. A abrangência geográfica observará sempre as características específicas de cada um dos planos contratados, observadas as especificações constantes na tabela a seguir no que diz respeito às localidades em que serão garantidas as coberturas assistenciais:

Nome do Plano	Número de Registro na ANS	Abrangência Geográfica
ADVANCE 600.	474.439/15-0	Nacional
ADVANCE 600.	474.438/15-1	

4. MECANISMO DE REGULAÇÃO

4.1. Mecanismos de Regulação – Coparticipação e Franquia

4.1.1. Entende-se como coparticipação a importância, além da contraprestação mensal, a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à CONTRATADA, para o custeio de parte da despesa de determinado procedimento a ser realizado por ele ou seus dependentes.

4.1.2. Entende-se como franquia, nos termos da legislação e regulamentação vigentes, como o valor financeiro previamente estabelecido em contrato, até o qual a CONTRATADA não tem responsabilidade de cobertura, tanto para reembolso, quanto para o pagamento à rede própria, credenciada ou referenciada.

4.1.3. O pagamento da coparticipação pela CONTRATANTE deverá ser realizado no percentual e no limite máximo de cobrança previstos na TABELA DE VENDAS, PROPOSTA COMERCIAL ou nos Contrato(s) que Regulamenta(m) o(s) Produto(s) Contratados que são parte integrante e indissolúvel do presente Contrato e assinados pelas Partes.

4.1.4. As Partes esclarecem que a coparticipação é devida individualmente por cada consulta (eletiva ou urgência/emergência), exames (simples e complexos), sessões e terapias (simples e complexas), incluindo, mas não se limitando, a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo de transtornos globais do desenvolvimento, compreendendo ainda métodos e técnicas de transtorno do espectro autista.

4.1.5. Os valores a título de franquia e coparticipação constarão na PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO/COMERCIAL e/ou TABELA DE VENDAS e/ou no presente Contrato e serão anualmente reajustados de acordo com a data base e percentual aplicado às contraprestações pecuniárias mensais. Estes pagamentos serão efetuados por meios eletrônicos disponibilizados pela CONTRATADA quando forem realizados na rede própria.

4.1.6. Estabelecem as Partes que será devida a franquia e/ou coparticipação nas hipóteses em que a CONTRATADA, por mera liberalidade, vier a autorizar procedimentos não compreendidos nas coberturas previstas no presente Contrato, como, por exemplo, o home-care, assim entendidas as internações domiciliares, seja em substituição de internações hospitalares convencionais ou não.

4.2. Mecanismos de Regulação – Porta de Entrada

4.2.1. Consultas nos Centros Clínicos próprios e nos consultórios Credenciados sem necessidade de guia de encaminhamento;

4.2.1.1. Os exames complementares simples, quando solicitados por médicos da rede própria ou credenciada da **CONTRATADA** ou indicados pela mesma para esta finalidade, não haverá necessidade de guia de autorização.

4.2.1.2. Exames complementares e terapias, quando solicitados por médicos da rede própria ou credenciada da **CONTRATADA** ou indicados pela mesma para esta finalidade, mediante guia de autorização emitida nos Centros Clínicos próprios ou pelo Departamento de Internação da **CONTRATADA**;

4.2.1.2.1. Nas hipóteses em que os exames complementares e terapias sejam solicitados por médicos não integrantes à rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**

deverá ser solicitada previamente a guia de autorização caso o Beneficiário deseje realizá-los na rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**.

4.2.1.3. A rede de prestadores (consultórios, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e hospitais) observará exclusivamente aquela relativa ao plano contratado e ao qual Beneficiário esteja vinculado conforme informações divulgadas no portal da **CONTRATADA** na internet (www.gndi.com.br);

4.2.1.4. Internações em hospitais e maternidades da Rede Própria ou Credenciada da **CONTRATADA**, com os médicos por ela indicados para esta finalidade, com padrão de acomodação compatível com aquele previsto para o plano contratado e mediante guia de autorização prévia emitida pelo Departamento de Internação da **CONTRATADA**.

4.2.1.4.1. Nas hipóteses em que as internações venham a ser solicitados por médicos não integrantes à rede própria ou credenciada da **CONTRATADA** deverá ser solicitada previamente a guia de autorização caso o Beneficiário deseje realizar o procedimento/evento coberto na rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**.

4.2.1.5. Quando não houver rede própria a **CONTRATADA** poderá oferecer rede credenciada em substituição à mesma, sendo facultado à **CONTRATADA** o direito de voltar a oferecer rede própria quando houver a disponibilidade na área de abrangência geográfica do plano contratado.

4.3. Mecanismos de Regulação – Autorização Prévia

4.3.1. A todos os produtos do presente instrumento serão aplicadas as regras de autorização prévia, conforme as regras e condições a seguir discriminadas.

4.3.2. As solicitações pelo médico assistente de internações clínicas e cirúrgicas, exames complementares e terapias, devem ser submetidos à autorização prévia pelo Departamento de Regulação da **CONTRATADA**, que analisará e emitirá as respectivas respostas dentro dos prazos previstos pela legislação e regulamentação vigentes.

4.3.3. A solicitação de autorização prévia e sua respectiva resposta serão viabilizadas via Portal GNDI (www.gndi.com.br) na área logada do beneficiário, ou nos Centros Clínicos próprios da **CONTRATADA**.

4.3.4. A análise de autorização dos procedimentos e eventos cobertos e previstos neste Contrato e, solicitados pelo médico assistente, serão submetidos à Segunda Opinião Médica, visando melhor elucidação diagnóstica e a segurança do paciente.

4.3.4.1. A Segunda Opinião Médica poderá ser realizada de forma documental ou presencial, a critério do profissional auditor da **CONTRATADA**.

4.3.4.2. Na hipótese de indicação de Segunda Opinião presencial pelo profissional auditor, o Beneficiário estará obrigado a comparecer em consulta agendada para este fim, sob pena de restar prejudicada a análise para fins de autorização do procedimento solicitado.

4.3.5. As hipóteses de contraindicação do procedimento solicitado, após análise da Segunda opinião, serão submetidas a Junta Médica e/ou Odontológica, para definição do impasse.

4.3.5.1. A Junta Médica e/ou Odontológica será constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo Beneficiário, por profissional da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

4.3.5.2. A escolha de comum acordo do profissional desempatador observará as regras da legislação e regulamentação vigentes à época do procedimento.

4.3.5.3. A critério profissional desempatador, a Junta Médica e/ou Odontológica poderá ser documental ou presencial, ou ainda conter solicitação de exames complementares.

4.3.5.4. Sendo indicada a junta presencial ou a realização de exames complementares, é obrigatório o comparecimento do beneficiário para este fim, sob pena de restar prejudicada a análise do profissional desempatador e, consequentemente, a conclusão da Junta e a autorização do procedimento.

4.3.6. Os impasses quanto a indicação de materiais especiais, órteses ou próteses também serão sanados via o processo da Junta Médica e/ou Odontológica.

4.3.6.1. O profissional assistente, solicitante do procedimento submetido a Junta Médica e/ou Odontológica, deverá justificar clinicamente a indicação das órteses, próteses ou dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos e, oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

4.3.6.2. A **CONTRATADA** instaurará Junta Médica e/ou Odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou nas hipóteses em que discordar das marcas indicadas, após análise da Segunda Opinião.

4.3.7. A **CONTRATADA** se obrigará ao parecer do profissional desempatador, seja pela cobertura ou pela não realização do procedimento solicitado, sem prejuízo de consenso com o profissional assistente em relação à conduta clínica.

4.4. Mecanismos de Regulação – Gerenciamento de Ações em Saúde

4.4.1. As solicitações de internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos ou exames efetuados por profissional não pertencente à Rede Própria ou Credenciada da **CONTRATADA** poderão ser autorizadas, após análise prévia do pedido pelo Departamento Médico da **CONTRATADA** e observadas as regras contratuais de Segunda opinião e Junta Médica, contudo o procedimento será exclusivamente realizado por profissionais credenciados e na Rede Própria ou Credenciada da **CONTRATADA**.

4.4.2. Nos planos relacionados nesta Condição Específica os atendimentos relativos às especialidades abaixo relacionadas estarão sujeitos a **Direcionamento** exclusivamente a profissional e prestador da Rede Própria ou Credenciada disponibilizados no momento da autorização do procedimento:

a) Ortopedia (cirurgias ortopédicas eletivas);
b) Oncologia;
c) Procedimentos eletivos na especialidade de Buco Maxilo Facial;
d) Cirurgias Gástricas eletivas;
e) Acompanhamento de Gestação de Risco;

f) Cardiologia (Cirurgias Cardiovasculares eletivas);
g) Neurocirurgias eletivas;
h) Otorrinolaringologia (procedimentos eletivos);
i) Internação de Urgência e Emergência.

4.4.2.1. O direcionamento à profissional e/ou estabelecimento de saúde conforme item 4.4.1. não dispensa a análise prévia de autorização pela **CONTRATADA**, de acordo com as coberturas contratadas.

4.5. Não Comparecimento em Consultas na Rede Própria ("No show")

4.5.1. Fica estabelecido que na hipótese de não comparecimento do Beneficiário nas consultas médicas agendadas na Rede Própria da **CONTRATADA**, sem que o mesmo desmarque com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, será cobrado à título de multa pelo não comparecimento por consulta o valor descrito conforme material disponível no site da **CONTRATADA** (www.gndi.com.br) e nos demais canais de atendimento informados no referido site.

4.5.2. A cobrança prevista no item imediatamente anterior ocorrerá a partir do 3º (terceiro) não comparecimento do Beneficiário às consultas médicas agendadas na Rede Própria da **CONTRATADA** por ano/vigência do Contrato.

5. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

5.1. A variação do preço em razão da alteração da faixa etária somente incidirá quando o Beneficiário completar a idade limite abaixo prevista, sendo o reajuste aplicado no mês subsequente, conforme faixas etárias e percentuais constante da tabela abaixo:

FAIXAS ETÁRIAS	Variação %
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	34,98%
24 a 28 anos	18,18%
29 a 33 anos	4,48%
34 a 38 anos	3,34%
39 a 43 anos	10,00%
44 a 48 anos	30,00%
49 a 53 anos	30,00%
54 a 58 anos	30,00%
59 anos ou +	44,13%

6. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

6.1. Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Beneficiário diretamente com os médicos ou instituições médicas, entretanto, o valor de reembolso da livre escolha não será inferior ao praticado na rede própria ou credenciada do plano contratado.

6.2. Serão reembolsadas sempre ao Beneficiário Titular, as despesas cobertas pelo plano contratado, decorrentes de atendimentos médico-hospitalares prestados ao mesmo ou a seu(s) dependente(s) incluído(s) no plano, quando prestados por médicos e serviços não pertencentes à Rede Própria ou Credenciada do seu plano, observando-se as Coberturas

previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, Exclusões de Cobertura, Gerenciamento, Utilização dos Serviços e valores máximos de reembolso.

6.3. Para efeito de reembolso, das diárias hospitalares, de UTI e de parto incluem: Registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem.

6.4. As Diárias de UTI incluem, além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorrespiratória e toda a assistência respiratória.

6.5. Partos incluem a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto e pós-parto.

6.6. As taxas de sala cirúrgica, previstas na TNDI só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado.

6.7. As taxas de sala cirúrgica incluem a utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem.

6.8. As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na TNDI para o procedimento realizado.

6.9. As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela de Reembolso. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida.

6.10. Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

6.11. O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado de acordo com os valores negociados com o prestador de serviços e não serão superiores aos constantes no Brasíndice e Simpro respectivamente, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU nº 08, alterada pela Resolução CONSU nº 15.

6.11.1. Estão excluídos os medicamentos importados não nacionalizados, que não terão Cobertura, de acordo com o disposto no artigo 10, inciso V da Lei nº 9.656/98.

6.12. Os procedimentos decorrentes de cobertura adicional não estarão sujeitos a livre escolha e reembolso, devendo a utilização obedecer às regras contratuais específicas desta cobertura, de acordo com as condições específicas do plano contratado, observadas as condições constantes da cláusula “coberturas adicionais” deste instrumento.

7. DOCUMENTOS COMUNS PARA TODAS AS SOLICITAÇÕES DE REEMBOLSO

7.1. Para todas as solicitações de reembolso, independentemente do procedimento, serão necessários os documentos abaixo listados:

7.1.1. Cópia do cartão de identificação;

7.1.2. Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e nota fiscal original quitada (pessoa jurídica), com as informações abaixo listadas:

- **a)** Nome do Beneficiário/Paciente;
- **b)** Valor cobrado (numérico e por extenso);
- **c)** Carimbo com nome, CRM e especialidade médica;
- **d)** Endereço completo e telefone do prestador de serviços;
- **e)** CPF e CNPJ (completo e legível) do prestador;
- **f)** Assinatura do profissional;
- **g)** Descrição do serviço realizado com CID e diagnóstico, data do atendimento, carimbo com nome, CRM e especialidade médica do prestador de serviço;
- **h)** Local e data da realização do atendimento;
- **I)** Formulário de solicitação de reembolso

7.1.3. Os recibos e notas fiscais de honorários médicos deverão ser individualizados quando emitidos por pessoa física ou discriminados por prestador contendo os respectivos carimbos com nome e CRM quando emitidos por pessoa jurídica.

7.1.4. Para os casos de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal quitada deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e hospital de destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples), data de atendimento e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

7.1.5. O valor do reembolso seguirá o cálculo constante da Tabela mencionada nesta cláusula, não sendo permitido o reembolso diferenciado por prestador, em respeito à livre escolha do Beneficiário.

7.1.6. Os valores utilizados para o Beneficiário para reembolso das despesas garantidas pelo plano contratado, com prestadores não referenciados, não serão inferiores aos praticados na rede referenciada.

7.1.7. O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo Beneficiário pelas respectivas despesas.

7.1.8. O Beneficiário perderá o direito às coberturas quando ficar comprovado que foram omitidas ou são inverídicas as informações fornecidas que influenciaram na liberação do pagamento de reembolso ou não caracterização da assistência médica prestada.

7.1.9. A **CONTRATADA** manterá em seu poder os recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, emitindo anualmente o demonstrativo das despesas efetuadas e reembolsadas para fins fiscais.

7.2. DOCUMENTOS ESPECÍFICOS PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

7.2.1. Para obtenção dos reembolsos previstos neste plano, além dos documentos listados na cláusula anterior, os beneficiários deverão encaminhar as seguintes informações e documentos, de acordo com o procedimento realizado:

7.2.2. Consultas Médicas – Os recibos, em impresso próprio do prestador e notas fiscais originais e quitadas, deverão conter as seguintes especificações:

a) Nome completo do médico (quando pessoa física) com número de CPF ou razão social da Clínica com o número do CNPJ, endereço completo e telefone;
b) Nome do paciente atendido;
c) Data de realização/atendimento;
d) Valor cobrado (numérico e por extenso);
e) Especialidade médica, número de inscrição no Conselho Regional de Medicina – CRM e assinatura do médico;
f) Diagnóstico com CID 10 e descrição do serviço realizado;
g) **Consulta Psiquiátrica:** Enviar junto com a documentação, Relatório Médico com o Diagnóstico e Tratamento efetuado;
h) **Consulta Pré-Natal**: Enviar junto com a documentação, Relatório Médico informando o tempo de gestação.

7.2.2.1. Serão cobertas as consultas com o mesmo médico no intervalo mínimo de 30 (trinta) dias entre uma e outra, uma vez que o valor de reembolso de cada consulta, já contempla os retornos até 30 (trinta) dias.

7.2.2.2. Para um mesmo atendimento, não devem ser emitidos pelos médicos e apresentados para reembolso, 02 (dois) ou mais recibos.

7.2.3. Exames Complementares e Tratamentos Ambulatoriais/Terapias – Os recibos, em impresso próprio do prestador e notas fiscais originais e quitadas, devem conter as seguintes especificações:

a) Local e data da realização de cada exame ou tratamento; (nos casos de terapias seriadas, informar a data de realização de cada sessão e constar a assinatura do paciente nas mesmas (controle de frequência);
b) Descrição completa de cada exame ou tratamento, informando a região corpórea (exames por imagem) com os respectivos valores individualizados, incluindo o número de sessões quando for o caso;
c) Razão social do laboratório, clínica ou serviço utilizado, endereço completo e telefone, com o número do CNPJ e assinatura do responsável;
d) No caso de honorários profissionais deverão constar: nome do médico ou profissional e seu CPF ou nome da clínica e seu CNPJ, a especialidade, número de inscrição no conselho de classe, carimbo e assinatura;
e) Relatório com quadro clínico, diagnóstico e programação terapêutica.
f) Laudo do exame anátomo patológico (se realizado);
g) Laudos de exames de imagem e exames laboratoriais;
h) Nome do médico/ terapeuta, especialidade, carimbo, assinatura, número e tipo da inscrição no respectivo conselho;
i) Fisioterapia/Acupuntura: só serão reembolsadas se solicitadas por profissional inscrito no CRM;
j) Radioterapia: Enviar também as cobranças dos médicos e hospital (custo operacional), caso haja cobrança separada;

7.2.4. Internações ou Procedimentos Hospitalares

7.2.4.1. Para processamento do pedido de Reembolso, o Beneficiário deverá apresentar os recibos, em impresso próprio do prestador e notas fiscais originais e quitadas, onde deverão constar:

a) Nome completo do Beneficiário atendido;

b) Local, data e horário do atendimento hospitalar e as datas de internação, visitas médicas em casos clínicos e alta hospitalar, se for o caso;
c) Conta hospitalar em via original e quitada, discriminada com o valor unitário de cada item de despesa e tipo específico de procedimentos realizados;
d) Razão social do hospital, com número do CNPJ e assinatura do responsável;
e) Para reembolso de honorários médicos é necessário apresentar recibos ou notas fiscais referentes a cada médico com seu CPF ou nome da Clínica e seu CNPJ, a especialidade e atuação de cada médico (cirurgiões, auxiliares, anestesistas, assistência ao recém-nascido, visitas hospitalares, etc.), discriminação de cada serviço e valor correspondente, carimbo contendo número de inscrição no CRM e assinatura de cada médico e discriminação do valor de cada cirurgia (em caso de múltiplas intervenções cirúrgicas);
f) Relatório de alta hospitalar da internação, devidamente preenchido pelo médico assistente do paciente, com as informações médicas referentes ao evento, diagnóstico, tempo de existência da doença, tratamento realizado, período de internação, quantidade de visitas realizadas e respectivas datas;
g) Quando houver a extirpação de lesões, tumores ou órgãos deverão ser anexados o laudo do exame anatomopatológico e cópia da transcrição cirúrgica.
h) Laudo de exames anátomo patológicos, colangiografias intraoperatórias ou polissonografias (caso tenham sido realizadas) e descrição cirúrgica em procedimentos complexo ou divergentes do autorizado;
i) Nota fiscal de compra de materiais especiais, órteses e próteses, informando: marca, modelo e fabricante.
j) Relatório médico preenchido pelo médico assistente, contendo a descrição de todos os procedimentos utilizados com justificativa da urgência ou emergência. Quando houver retirada cirúrgica de órgãos ou lesões, deve ser anexada cópia do exame anatomopatológico.

7.2.5. Documentos necessários para reembolso com despesas de transporte inter-hospitalar:

7.2.5.1. Para obtenção do reembolso com despesas de transporte inter-hospitalar, além os documentos listados nas Condições Gerais do Contrato, os Beneficiários deverão encaminhar as seguintes informações e documentos:

7.2.5.1.1. Remoção em Ambulância: Relatório Médico justificando a necessidade de remoção, diagnóstico do paciente, indicando a data do evento, local de saída, destino e quilometragem percorrida, especificação do tipo de ambulância (UTI ou Ambulância simples);

7.2.5.1.1.1. Somente serão reembolsadas as despesas acompanhadas de relatórios médicos, caracterizando a necessidade de remoção de hospital para hospital;

7.2.5.1.2. Taxi: Recibo original indicando as seguintes informações: Valor do recibo em numerário e por extenso; Origem e Destino; Placa do Veículo; Nome e Telefone do taxista; Telefone do ponto de taxi/cooperativa; Local e data da realização do serviço; Assinatura do Taxista.

7.2.5.1.3. Transporte Coletivo público ou privado Intermunicipal ou Interestadual (ônibus, trem, barco): Recibo original emitido pela Cia. utilizada como transporte.

7.2.5.1.4. Veículo particular: Será tomada como base para reembolso a menor

distância entre origem e destino, considerando verba específica por quilometro rodado;

7.2.5.1.5. Transporte Aéreo: Recibo original emitido pela Cia. aérea utilizada.

7.2.6. Reembolso de despesas no exterior

7.2.6.1. O reembolso de despesas no exterior, quando previsto nas coberturas do plano contrato, será efetuado em moeda corrente brasileira, considerando o câmbio oficial de venda do efetivo atendimento realizado pelo Beneficiário, **conforme as condições e limites do plano contratado**, mediante a apresentação dos documentos originais com texto traduzido (tradução juramentada).

7.2.6.2. Para reembolso de despesas no exterior será exigida a mesma documentação necessária para reembolso de despesas nacionais e descrita nas Condições Gerais e específicas do plano contratado.

8. TABELA UTILIZADA NO CÁLCULO DO REEMBOLSO – TNDI

8.1. A Tabela de Reembolso estará disponível na sede da operadora para consulta dos beneficiários, no portal da **CONTRATADA**: www.gndi.com.br, o qual informará ainda o Cartório de Registro de Títulos e Documentos onde a tabela encontra-se registrada. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos referentes a esta tabela o Beneficiário poderá contatar a Central de Atendimento da **CONTRATADA**.

8.2. Os procedimentos médicos contemplados na Tabela de Reembolso, estão em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e poderão ser atualizados com inclusões e/ou exclusões de procedimentos.

8.3. A TNDI define a quantidade de USNDI a ser considerada em cada procedimento médico para o cálculo do reembolso.

8.4. A Unidade de Serviço Notre Dame Intermédica (USNDI) é o coeficiente expresso em moeda corrente nacional que servirá como base de cálculo do reembolso dos serviços médicos e hospitalares cobertos pelo plano.

8.5. O reembolso de honorários profissionais também será efetuado com base na Tabela (TNDI), obedecida a quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

8.6. O cálculo do valor de reembolso das despesas médico-hospitalares cobertas será obtido pela multiplicação de três fatores:

a) Quantidade de USNDI para o procedimento realizado, conforme estabelecido na Tabela TNDI;

b) O valor, em moeda corrente, da USNDI na data do atendimento;

c) O múltiplo de reembolso do plano contratado, para o tipo de procedimento realizado.

8.7. O valor do reembolso, sob nenhuma hipótese, será superior ao valor efetivamente pago pelo Beneficiário para as respectivas despesas.

8.8. O valor a ser reembolsado será o menor entre o valor pago pelo Beneficiário e o limite de reembolso contratado, de acordo com o procedimento realizado.

8.9. Exemplo de cálculo de reembolso

8.9.1. Para efeito do cálculo dos valores de reembolso, a USNDI – Unidade de Serviço Notre Dame Intermédica tem seu valor fixado inicialmente em R$ 1,00 (um real).

8.9.2. O cálculo do reembolso será feito através da seguinte fórmula:

REEMBOLSO = Nº de USNDI x Valor USNDI x Múltiplo do Plano + UCO (quando aplicável)

Onde:
Nº de USNDI (Unidade de Serviço Notre Dame Intermédica): é o quantitativo apresentado na TNDI para o respectivo procedimento.
Valor da USNDI: é o valor em reais para o cálculo do valor devido como reembolso.
Múltiplo do Plano: é o número de vezes que, de acordo com o plano contratado, aplicado sobre o Nº de USNDI, indicará o valor de reembolso.
UCO (Unidade de Custo Operacional): é o valor em reais a ser incluído ao cálculo do reembolso dos exames e procedimentos de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico).

Exemplos:
1) Consulta médica – Quantidade de USNDI, conforme Tabela de Reembolso (TNDI)– 75
Valor em moeda corrente da USND R$ 1,00
Múltiplo de reembolso para Consultas Médicas do plano – 1X TNDI

Valor do reembolso = 75 x 1,00 x 1 = R$ 75,00

2) Eletrocardiograma Convencional (de até 12 derivações) – Quantidade de USNDI, conforme Tabela de Reembolso (TNDI)– 19,03
Valor em moeda corrente da USND R$ 1,00
Múltiplo de reembolso para Consultas Médicas do plano –1X TNDI
UCO em moeda corrente (Exames) - R$7,95

Valor do reembolso = 19,03 x 1,00 x 1 + 7,95 = R$ 26,98

3) Acupuntura por sessão – Quantidade de USNDI, conforme Tabela de Reembolso (TNDI)– 59,38
Valor em moeda corrente da USND R$ 1,00
Múltiplo de reembolso para Consultas Médicas do plano –1X TNDI
UCO em moeda corrente (Terapias) - R$8,48

Valor do reembolso = 59,38 x 1,00 x 1 + 8,48 = R$ 67,86

9. MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

9.1. Os múltiplos de reembolso são os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de USNDI apresentadas na Tabela de Reembolso (TNDI) para obtenção do valor, multiplicada pelo valor da USNDI vigente para o contrato em moeda corrente nacional, do

reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas e efetivamente pagas pelo Beneficiário Titular e/ou seus dependentes.

9.2. O valor do reembolso das despesas médico-hospitalares será obtido pela aplicação do múltiplo do Plano do Beneficiário sobre o valor unitário do procedimento previsto na Tabela de Reembolso (TNDI) multiplicado pelo valor em real da USNDI vigente do contrato à época da realização do procedimento e não poderá, sob nenhuma hipótese, ser superior ao valor efetivamente pago pelo Beneficiário para as respectivas despesas.

9.3. O valor correspondente à Coparticipação, quando aplicável, será deduzido do valor a ser reembolsado ao Beneficiário Titular.

9.4. O reembolso será processado a partir da entrega na **CONTRATADA** da documentação comprobatória dos atendimentos médico hospitalares, nas suas vias originais e quitadas, sendo efetuado, se observada essa condição, nos prazos estabelecidos na tabela abaixo. **No caso de apresentação de documentação incompleta, o reembolso será processado assim que a mesma for completada, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias.**

Procedimento	ADVANCE 600
EXAMES E CONSULTAS SIMPLES	07 (sete) dias úteis
DEMAIS PROCEDIMENTOS	30(trinta) dias corridos

9.5. Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o Reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Operadora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido, sempre respeitando o prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano após a realização dos eventos cobertos (artigo 206 do Código Civil Brasileiro).

9.6. É facultado ao Beneficiário Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Operadora.

9.7. Ainda que o Beneficiário tenha, na mesma Operadora, mais de um plano, em seu nome ou de outra pessoa, no qual seja incluído como dependente, ele terá direito a uma única cobertura, vedada, pois, a acumulação. Nesse caso, serão aplicados os valores de reembolso do maior plano.

9.8. Os Múltiplos de Reembolsos para os planos descritos nesta condição específica constam da tabela abaixo:

TIPO DE COBERTURA PARA REEMBOLSO	**ADVANCE 600 – ENF** 474.439/15-0	**ADVANCE 600 – APTO** 474.438/15-1
CONSULTA	1,00 X TNDI	1,00 X TNDI

MÉDICA		
HONORARIOS MEDICOS	1,00 X TNDI	2,00 X TNDI
EXAMES BASICOS	1,00 X TNDI	1,00 X TNDI
EXAMES COMPLEXOS	1,00 X TNDI	1,00 X TNDI
TERAPIAS SIMPLES	1,00 X TNDI	1,00 X TNDI
TERAPIAS COMPLEXAS	1,00 X TNDI	1,00 X TNDI
DIÁRIAS E TAXAS	1,00 X TNDI	1,00 X TNDI

10. MOEDA DE REEMBOLSO

10.1. A moeda de reembolso para este plano será: R$ 1,00.

11. CÁLCULO E REAJUSTE DA USNDI

11.1. Unidade de Serviço Notre Dame Intermédica – USNDI – É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do plano de saúde.

11.2. O valor da USNDI de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na legislação e regulamentação vigentes no que tange à determinação de que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

11.3. O reajuste do valor da USNDI não está vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do Contrato, seu cálculo considera, única e exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente Contrato.

11.4. As condições de reembolso em sua integralidade estão disponíveis nas condições gerais do produto contratado.

12. DO PAGAMENTO DO REEMBOLSO

12.1. O pagamento do reembolso será efetuado por depósito bancário, sempre na conta corrente do Beneficiário Titular. O pagamento não será efetuado em conta corrente de terceiros, conta poupança ou conta salário.

12.2. Além dos dados bancários corretos o Beneficiário deve informar o número do CPF.

12.3. Alternativamente ao pagamento por depósito bancário, e a critério exclusivo da **CONTRATADA,** o pagamento do reembolso poderá ocorrer pela emissão de ordem de pagamento ao Beneficiário Titular, que deverá efetuar o saque no Banco indicado pela **CONTRATADA**.

13. Coberturas Adicionais:

13.1. Além das coberturas descritas nas Condições Gerais do Contrato de Assistência à Saúde, na Cláusula “Cobertura e Procedimentos Garantidos”, serão disponibilizadas as

coberturas adicionais abaixo relacionadas e podem variar de acordo com o plano contratado:

13.1.1. Reeducação Postural Global (RPG) com justificativa médica: até 12 (doze) sessões não cumulativas por ano de vigência do contrato nos prestadores indicados pela **CONTRATADA** nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro ou mediante reembolso. Nas demais cidades o atendimento se dará por meio de reembolso.

14. BENEFÍCIOS ADICIONAIS

14.1. Serão disponibilizados os Benefícios Adicionais a seguir, observadas eventuais exceções e ou disponibilidade exclusiva para determinados planos:

14.1.1. Clube de Vantagens e Benefícios – Exclusivo clube de vantagens e benefícios com descontos nas áreas de alimentação, lazer, saúde e bem-estar, medicamentos e outros.

14.1.2. Centro de Oncologia – Ala de Oncologia – Os Beneficiários terão à disposição uma moderna e exclusiva ala especializada no atendimento oncológico e quimioterápico, com equipe médica multidisciplinar especializada que proporciona todo o suporte e segurança aos pacientes. Possui ambiente que oferece conforto e privacidade, com salas individuais que permitem a presença do acompanhante do paciente em tratamento oncológico.

14.1.3. Medicina Preventiva – A **CONTRATADA** disponibilizará aos beneficiários, um conjunto de programas pioneiros que promove a qualidade de vida e o bem-estar dos beneficiários por meio da adoção de hábitos saudáveis. Entre os programas desenvolvidos pela **CONTRATADA**, destacam-se os seguintes:

- **a)** Medicina Preventiva (Qualivida);
- **b)** Programa de Gestação Segura;
- **c)** Preventiva Premiada;
- **d)** Programa de Apoio ao Paciente com Doenças Crônicas;
- **e)** Programa de Assistência ao Idoso;
- **f)** Casos de Alta Complexidade.

14.1.3.1. As informações sobre disponibilidade dos programas em cada localidade, bem como demais informações, podem ser obtidas na Central de Atendimento Telefônico ou no portal da **CONTRATADA** na internet (www.gndi.com.br).

14.1.4. Assistência em viagem nacional – Atendimento aos beneficiários em casos de acidentes ou doenças agudas que estejam em viagem Nacional. As especificações e valores de cobertura estarão disponíveis para consulta no Portal da operadora: www.gndi.com.br.

14.1.5. Reembolso no Exterior – O Beneficiário poderá escolher livremente o prestador de serviços no exterior e tem direito ao reembolso, mediante apresentação da documentação pertinente descrita nas condições gerais e específicas do plano contratado, observados os limites do plano contratado.

14.1.6. Programa de Aconselhamento Médico por telefone – O serviço de atendimento telefônico em saúde é um serviço receptivo, realizado por profissionais de saúde, com a

missão de esclarecer dúvidas, fornecer aconselhamento seguro, além de orientar o melhor direcionamento para a necessidade do paciente, assegurado 24 (vinte e quatro) horas, 7 (sete) dias por semana. O programa tem como objetivo:

a) Orientar por telefone a respeito de enfermidades, sintomas, dúvidas ou inquietações de saúde;
b) Orientar sobre as providências e ações preliminares que devem ser adotadas;
c) Orientação nos atendimentos de primeiros socorros e apoio nas situações de risco iminente a saúde.
d) Fornecer direcionamento adequado para cada situação específica afetando a saúde.

14.1.6.1. Mais orientações previstas no programa poderão ser acessadas por meio do telefone 0800 281 1648.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. Aplicam-se a este plano as demais cláusulas e Condições Gerais do Contrato de Assistência à Saúde – **07.2023.001**– Coletivo Empresarial na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar Com Obstetrícia, devidamente registrado em Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Cidade de São Paulo e disponível no portal da **CONTRATADA**: www.gndi.com.br.

WWW.GNDI.COM.BR

Hapvida
NotreDame