

SAÚDE USIMINAS

O Plano de Saúde das empresas Usiminas.



MANUAL DO BENEFICIÁRIO

Classificação: restrita
Grupo de Acesso: Beneficiário, empresa e Usisaúde



Usisaúde
atitude para viver melhor



MANUAL DO BENEFICIÁRIO

Saiba como utilizar os benefícios do seu Plano Saúde Usiminas.

Seja bem-vindo(a) à Usisaúde!

Temos uma grande satisfação em receber você como cliente Usisaúde!

Dedicação e capricho, diariamente, para entender e atender as suas necessidades de saúde, são valores que fazem parte do trabalho da Usisaúde. Assim, para melhor atendê-lo(a), preparamos este manual para apresentar os benefícios e serviços que estão à sua disposição.

Recomendamos que você dedique um tempo na leitura de todo o material. Consulte-o sempre que tiver alguma dúvida. Caso não encontre alguma informação de seu interesse ou tenha alguma sugestão, ligue **0800 283 0040**.

Saúde é algo que se cultiva todos os dias.

Cuide bem de você e de sua família.

E conte com a gente.

Índice

PARTE I – ORIENTAÇÕES GERAIS

Conheça a Usisaúde	6
Serviços e Benefícios	7
Conheça seu Cartão de Identificação	9

PARTE II – REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE

Plano Médico

1. Definições	12
2. Beneficiários	17
3. Abrangência Geográfica	18
4. Padrão de Acomodação	18
5. Inclusão, Exclusão e Alteração de Cadastro	19
6. Carências	20
7. Obrigações do Beneficiário	22
8. Dinâmica de Atendimento	24
9. Coberturas	25
10. Exclusões	25

Plano Odontológico – USIODONTO I E II

11. Características	30
12. Condição para Adesão	30
13. Custeio	30
14. Operadora do Plano Odontológico	31
15. Abrangência Geográfica	31
16. Coberturas	31
17. Exclusões	31

CENTROS DE ATENDIMENTO AO CLIENTE (CAC)

33

1. Conheça a Usisaúde.

A Usisaúde* é uma Operadora de Planos de Saúde regularmente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº 33.995-4.

Trata-se da primeira Operadora de Minas Gerais a receber a certificação ISO 9001:2000 . Atende, atualmente, uma população superior a 116mil pessoas.

Tem como missão garantir atendimento médico-hospitalar de alta qualidade aos seus Beneficiários, por meio de uma rede de atendimento com mais de 4 mil credenciados entre médicos, clínicas e laboratórios e mais de 140 hospitais em Minas Gerais, São Paulo, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

Tudo isso com a solidez e com o padrão de qualidade que caracterizam as empresas Usiminas.

* Operadora de Planos de Saúde Fundação São Francisco Xavier, registrada na ANS sob o nº 33.995-4.

2. Serviços e Benefícios.

São benefícios do Plano Saúde Usiminas:

- Ampla rede credenciada em sua região, com os melhores laboratórios, hospitais e profissionais da saúde. Consulte a rede credenciada do seu plano de saúde no catálogo de credenciados ou no site www.usisaude.com.br
- Plano Completo, que garante a assistência nos segmentos ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, abrangendo a cobertura relativa a consultas, exames simples e especiais, terapias, tratamentos ambulatoriais e internações clínicas ou cirúrgicas, conforme o rol de procedimentos médicos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- Os produtos Usisaúde obedecem à legislação que regulamenta os planos de saúde.
- Atendimento nacional nos casos de urgência e emergência – Rede Abramge, congrega cerca de 300 operadoras de planos de saúde, que têm 260 hospitais próprios, com 25.000 leitos. Consulte: 0800 283 0040.
- Rede Filantrópica – CMB – Confederação das Santas Casas, Hospitais Benéficos e Filantrópicos, composta por 14 Federações Estaduais, possuindo mais de 2.100 hospitais associados em todo o Brasil. Responsáveis por cerca de 50% dos leitos hospitalares existentes no País, muitas vezes constituindo-se em centros regionais de referência e excelência médica. Consulte: 0800 283 0040.

- Serviço de Orientação ao Cliente: o cliente pode contar com o Call Center, que atende 24 horas por dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados, através do 0800 283 0040. O Serviço de Orientação ao Cliente coloca à disposição dos beneficiários um serviço de esclarecimentos, orientações e informações sobre a rede credenciada, liberação para consultas, exames e internações.
- Centro de Atendimento ao Cliente (CAC): A Usisaúde dispõe de locais para atendê-lo pessoalmente nas seguintes cidades: Belo Horizonte, Ipatinga, Timóteo, Pouso Alegre, Itatiaiuçu, Santos, São Paulo, Guarulhos, Vitória e Porto Alegre. Confira no final deste manual os endereços e os telefones.

Portal “Meu Usisaúde” - Por meio do endereço www.usisaude.com.br, você acessa diversos serviços do seu plano via internet, entre os quais: dados gerais sobre seu plano; dados cadastrais do titular e dos dependentes; relatório de despesas médicas dos últimos seis meses, além da versão digital deste manual.

- Projetos de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças: São projetos dedicados a todas as faixas etárias e estilos de vida, para ajudar a você e a sua família a manter a saúde e a prevenir doenças e suas complicações. Você também terá acesso a um endereço na internet no qual encontrará informações confiáveis sobre saúde e qualidade de vida, atividades interativas, áreas temáticas específicas para a saúde da criança, do adolescente, da mulher, da gestante, do homem, entre outras.

3. Cartão de Identificação

Cuide bem do seu cartão de identificação. Você precisa dele para acessar todos os serviços do Plano de Saúde. Ele é individual, intransferível e não pode ser emprestado ou utilizado por outra pessoa. Apresente-o, juntamente com seu comprovante de identidade, em toda consulta e exame.

Ao receber o cartão, confira, imediatamente, seus dados. Em caso de erro, ligue 0800 283 0040 ou procure o setor de Recursos Humanos de sua empresa e solicite a substituição.

Considera-se utilização indevida do cartão:

- a) a sua utilização por terceiros;
- b) a sua utilização pelo beneficiário, após ter sido excluído do Plano de Saúde.

PARTE II - Regulamento do Plano de Saúde

Nesta seção, você encontrará todo o regulamento detalhado do seu Plano de Saúde. Para o correto entendimento, é necessário que você compreenda *termos e definições listadas a seguir. Sempre que tiver uma dúvida sobre um termo, recomenda-se que você retorne a essas definições.* Você pode também entrar em contato com a sua empresa, ligar para o Serviço de Orientação ao Cliente (SOC) ou procurar pessoalmente algum Centro de Atendimento ao Cliente (CAC).

1. DEFINIÇÕES

Ao manusear este manual, você irá encontrar alguns conceitos muito importantes. Sempre que ficar em dúvida, não hesite em consultar este capítulo para saber do que se trata.

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Área de abrangência geográfica

Corresponde ao conjunto de municípios especificados no catálogo de credenciados da Operadora do Plano de Saúde, nos quais o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados.

Acidente pessoal

Evento ocorrido em data específica, provocado por agente externo ao corpo humano, súbito, involuntário e causador de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.

Beneficiário

Designação genérica de pessoas formalmente inscritas no Plano de Saúde para utilização dos seus serviços.

Beneficiário Titular

É a pessoa que terá direito à efetiva utilização dos serviços cobertos pelo Plano de Saúde, formalmente inscrita por meio da ficha cadastral como Beneficiário principal.

Beneficiário Dependente

É a pessoa dependente do Beneficiário Titular que satisfaça as condições estabelecidas para fazer jus à participação da empresa no custeio do seu Plano de Saúde.

Beneficiário Vinculado

É a pessoa inscrita pelo Beneficiário Titular no Plano de Saúde, não necessariamente sua dependente econômica que não satisfaz as condições estabelecidas para ter direito ao compartilhamento da empresa no custeio do seu Plano de Saúde.

Carência

É o prazo ininterrupto, contado a partir da data da contratação ou adesão ao Plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

Catálogo de credenciados

Manual editado pela Operadora do Plano de Saúde, permanentemente atualizado por meio do seu site, para orientação aos Beneficiários sobre a rede credenciada nos diversos municípios constantes da área de abrangência geográfica do Plano de Saúde.

Complicações na gestação

Alterações patológicas durante a gestação, como gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

Consulta médica

É o ato de avaliação médica do Beneficiário, com a finalidade de diagnóstico ou acompanhamento de tratamento.

Emergência

São os eventos que implicarem em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o Beneficiário, caracterizada em declaração pelo médico assistente.

Evento

É toda a ocorrência de dano involuntário à saúde do Beneficiário, em consequência de acidente pessoal ou doença.

Internação em Hospital Dia

É a manutenção do Beneficiário em acomodação hospitalar, por tempo máximo de 12 horas, com finalidade terapêutica clínica ou cirúrgica, em situação considerada intermediária entre o atendimento ambulatorial e a internação.

Internação hospitalar

É a manutenção do Beneficiário em acomodação hospitalar, com finalidade terapêutica clínica ou cirúrgica, por tempo superior a 12 (doze) horas, com registro de entrada e saída em datas diferentes.

Operadora do Plano de Saúde

É a empresa regularmente registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, da qual foram contratados, pelas empresas Usiminas, os seus Planos de Saúde.

Parto a termo

É o parto ocorrido no período compreendido entre a 38ª e a 42ª semana de gestação.

Pré-pagamento

É a mensalidade paga pelo Beneficiário Titular para que este e seus Beneficiários Dependentes tenham direito à utilização do Plano de Saúde.

Pós-pagamento

É o valor pago pelo Beneficiário, quando utiliza consultas médicas, exames de laboratório, procedimentos realizados em ambiente ambulatorial e outros especificados neste manual.

Procedimento médico-hospitalar

São todos os atos médicos que têm por objetivo diagnóstico, manutenção ou recuperação do bem-estar físico e biológico do Beneficiário, respeitados os limites de cobertura do Plano de Saúde.

Propedêutica

São exames necessários para o correto diagnóstico de uma doença.

Recém-nascido

São consideradas recém-nascidas, todas as crianças de 0 (zero) a 30 (trinta) dias.

Rede credenciada

É o conjunto de médicos, hospitais, clínicas e demais serviços auxiliares de diagnose e terapia, pertencentes à Operadora do Plano de Saúde ou por ela credenciados, para atendimento dos Beneficiários, dentro da área de abrangência geográfica prevista no Plano de Saúde.

Rol de procedimentos

É a lista de procedimentos médicos e odontológicos definida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS como de cobertura obrigatória pelo Plano de Saúde.

Urgência

São todos os casos em que o Beneficiário necessite de assistência médica imediata, em decorrência de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

2. BENEFICIÁRIOS

Podem ser inscritos nos Planos de Saúde das empresas Usiminas:

2.1. Como Beneficiário Titular:

Empregado, diretor e menor aprendiz contratado;

2.2. Beneficiário Dependente:

- a) Cônjuge;
- b) Companheira(o) regularizado por meio de escritura pública declaratória de união estável;
- c) Filhos, enteados, ou sob guarda ou tutela, desde que solteiros, menores de 21 (vinte e um) anos ou até 24 (vinte e quatro) anos – se estudantes – ou de qualquer idade (se inválidos ou mentalmente incapazes). São limitados a dois, cumulativamente menores sob guarda ou tutela.

2.3. Beneficiário Vinculado:

- a) Filhos, enteados, ou sob guarda ou tutela, casados, de qualquer idade;
- b) Filhos, enteados, ou sob guarda ou tutela, não estudantes maiores de 21 (vinte e um) anos ou estudantes maiores de 24 (vinte e quatro) anos;
- c) Netos, desde que incluídos até 30 (trinta) dias após o nascimento e que, nessa data, seu pai ou mãe seja, há mais de 300 (trezentos) dias, Beneficiário do Plano de Saúde;
- d) Genro e nora, desde que incluídos até 30 dias após o casamento e que, nessa data, seu cônjuge seja, há mais de 10 (dez) meses, Beneficiário Dependente ou Beneficiário Vinculado no Plano de Saúde. No caso de dissolução do vínculo matrimonial o genro ou nora será, automaticamente, excluído do Plano de Saúde;

e) Pai, mãe, padrasto, madrasta, sogro, sogra, irmã e irmão solteiros, desde que no dia 28 de fevereiro de 2010 sejam Beneficiários do Plano de Saúde da empresa, no sistema de contribuição fixa, e que o Beneficiário Titular não tenha qualquer Beneficiário Dependente no Plano de Saúde.

2.4. A inclusão de qualquer dependente ou vinculado acima dependerá da participação do Beneficiário Titular no plano.

2.5. A inclusão do Beneficiário Titular e seus respectivos dependentes e vinculados será solicitada através da proposta de adesão do Beneficiário, preenchida e assinada pela empresa, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente, quanto à titularidade de sua vinculação com a empresa.

3. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Os serviços ora contratados serão prestados pela Usisaúde através de seus médicos credenciados e rede assistencial, conforme guia médico do plano contratado, entregue ao cliente e rede publicada no site: www.usisaude.com.br.

4. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

4.1. O Beneficiário Titular, no ato da sua inscrição no Plano de Saúde, poderá optar por acomodação coletiva (enfermaria) ou individual (apartamento).

4.2. O Beneficiário Titular e seus dependentes e vinculados não poderão ser inscritos em planos com padrão de acomodação diferente.

4.3. Em casos de comprovada indisponibilidade de leito hospitalar no padrão de acomodação do Beneficiário, em estabelecimentos hospitalares próprios ou credenciados pela Operadora do Plano de Saúde, o paciente terá acesso à acomodação em nível superior, sem qualquer ônus adicional, até que haja disponibilidade de leito, momento no qual será providenciada a transferência.

5. INCLUSÃO, EXCLUSÃO E ALTERAÇÃO DE CADASTRO

5.1. Inclusão, exclusão e alteração de cadastro de beneficiários deverão ser formalizados pelo beneficiário titular junto à unidade de pessoal da sua empresa ou setor responsável.

5.2. A inclusão de novo beneficiário passará a vigorar conforme as datas de vigência disponibilizadas pela Usisaúde e os prazos para solicitação de movimentação, desde que verificado o preenchimento correto do termo de adesão e/ou envio de toda documentação exigida.

5.3. A exclusão do beneficiário titular implicará também na exclusão automática do beneficiário dependente e do vinculado.

5.4. As coberturas do Plano de Saúde são garantidas até a data da solicitação da exclusão, cessando no primeiro dia subsequente.

5.5. A alteração da categoria do Plano do beneficiário titular provoca, automaticamente, a alteração da categoria de plano dos seus beneficiários dependentes.

5.6. A Empresa contratante deverá apresentar ao Beneficiário Titular no ato adesão ao plano de saúde:

- Valor do custo do seu plano de saúde do beneficiário de acordo com a sua faixa etária enquanto funcionário ativo.
- Valor da contribuição do empregado e do empregador enquanto funcionário ativo.
- Valor da mensalidade no caso de permanência no plano de saúde de ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado.

As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações deverão estar disponíveis na Empresa ou poderão ser solicitadas para a Usisaúde.

5.7. Será automaticamente excluído do Plano de Saúde o beneficiário que, por qualquer razão, deixar de pagar por 2 (duas) mensalidades consecutivas.

5.8. Em nenhuma hipótese haverá devolução de mensalidades pagas pelos beneficiários.

5.9. O beneficiário titular ao se desligar por aposentadoria o por demissão sem justa causa, deverá formalizar junto à unidade de pessoal da sua empresa a sua decisão por permanecer no Plano de Saúde, assumindo totalmente o seu custeio com os artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98.

6. CARÊNCIAS

Não será exigido o cumprimento dos períodos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura do contrato na empresa ou até 30 (trinta) dias de sua admissão. A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar para as novas adesões se houver redução de beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) beneficiários.

- Da admissão do beneficiário titular na empresa;
- Do nascimento, no caso de filho;
- Do casamento, no caso de cônjuge e filhos seus menores de 12 anos;
- Da emissão de escritura pública declaratória de união estável, no caso de companheiro(a) e filhos seus menores de 12 anos;
- Da adoção de menor de 12 anos ou da concessão da guarda.

a) Beneficiário vinculado

- até 30 dias após a admissão do titular nos quadros da empresa;
- Neto - respeitadas as condições do item 2.3.c;
- Genro e nora - respeitadas as condições do item 2.3.d.

Vencidos esses prazos, será obrigatório o cumprimento dos prazos de carência descritos a seguir:

Cobertura	Carência registrada na ANS
Urgência e emergência, nos termos da lei	24 (vinte e quatro) horas
Consultas	30 (trinta) dias
Exames e procedimentos básicos	60 (trinta) dias
Exames e procedimentos especiais	90 (noventa) dias
Procedimentos Ambulatoriais	120 (noventa) dias
Cirurgias e internações	180 (cento e oitenta) dias
Internações psiquiátricas	180 (cento e oitenta) dias
Partos a termo	300 (trezentos) dias

7. ATENDIMENTO NACIONAL

Somente serão atendidos pelos credenciados da Abramge e Rede Filantrópica os beneficiários da Usisaúde nos casos de urgência e emergência, quando em trânsito fora do seu município, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Cartão de identificação do beneficiário da Usisaúde;
- Documento com foto.

Como utilizar

Para saber qual o hospital mais próximo do local onde você se encontra, utilize o Serviço de Atendimento 24h da Abramge, ligando grátis para o telefone 0800 722 7511 ou utilize os serviços da Rede Saúde Filantrópica, acessando o site www.redesaudefilantropica.cmb.org.br. Caso tenha alguma dificuldade, entre em contato com o SOC – Serviço de Orientação ao Cliente da Usisaúde – 0800 283 0040.

8. OBRIGAÇÕES DO BENEFICIÁRIO

8.1. Conhecer e cumprir as regulamentações deste manual;

8.2. Conhecer e observar as orientações contidas no catálogo de credenciados, para a correta utilização do Plano de Saúde;

8.3. Providenciar, junto à Operadora do Plano de Saúde, através de seu Serviço de Orientação ao Cliente – 0800 283 0040, ou pessoalmente, conforme o caso, autorização prévia para utilização dos procedimentos cobertos pelo Plano de Saúde;

8.3.1. As guias fornecidas pela Operadora do Plano de Saúde, assim como os pedidos feitos pelo médico assistente terão validade máxima de 30 dias;

8.4. Nos casos de atendimentos de urgência ou emergência, regularizar essa situação junto à Operadora do Plano de Saúde no primeiro dia subsequente à ocorrência, apresentando relatório do médico assistente;

8.5. Solicitar, com antecedência mínima de 6 (seis) horas, o cancelamento de consultas e exames, caso não possa comparecer no dia e horário agendados;

8.5.1. O não cumprimento dessa obrigação implicará no pagamento integral do procedimento por parte do Beneficiário.

8.6. Para reembolso de despesas decorrentes de atendimentos ambulatoriais ou hospitalares fora da rede credenciada, exclusivamente em casos de urgência ou emergência, apresentar à Operadora do Plano de Saúde, no prazo máximo de 12 meses a partir da data de emissão dos recibos e/ou notas fiscais, a seguinte documentação:

- Para despesas com honorários profissionais: recibos discriminados

dos honorários dos profissionais envolvidos no atendimento, como: médicos clínicos, cirurgiões, anestesistas, auxiliares, assistentes e outros, datados e assinados sobre carimbo no qual conste o registro no CRM, CPF ou CNPJ conforme o caso;

- Para despesas com internação ou atendimento: nota fiscal especificando a data e a hora da admissão e da alta, despesas hospitalares detalhadas e discriminadas, serviços auxiliares de diagnóstico, terapia e tratamentos, materiais e medicamentos utilizados;
- Relatório do médico assistente com informações técnicas sobre a patologia e o procedimento adotado, justificando a urgência ou emergência quando for o caso;

8.7. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 dias, após a entrega da documentação à Operadora do Plano de Saúde e dentro dos limites estabelecidos neste manual;

8.8. Submeter-se às perícias prévias julgadas necessárias pela Operadora do Plano de Saúde para autorização de atendimento;

8.9. Assinar as guias emitidas, confirmando o atendimento;

8.10. Solicitar à unidade de pessoal da sua empresa a inclusão, exclusão ou alteração do seu próprio cadastro e de seus Beneficiários Dependentes e Vinculados, principalmente quando ocorrer mudança de endereço e estado civil;

8.11. Comprovar, anualmente, junto à unidade de pessoal da sua empresa a condição de estudante exigida para o dependente entre 21 e 24 anos de idade;

8.12. Atualizar os dados de CPF de seus dependentes que completarem 18 anos de idade, juntamente à unidade de pessoal da sua empresa;

8.13. Nos casos de desligamento da empresa ou de exclusão do Plano de Saúde, devolver à unidade de pessoal da sua empresa o seu cartão de identificação e dos seus dependentes e vinculados, sendo de sua inteira responsabilidade a utilização indevida do cartão.

8.13.1. Considera-se utilização indevida do cartão:

- a) a sua utilização por terceiros;
- b) a sua utilização pelo Beneficiário, após ter sido excluído do Plano de Saúde.

8.14. Formalizar junto à unidade de pessoal da sua empresa, no ato do seu desligamento por aposentadoria ou demissão sem justa causa, sua decisão por permanecer no Plano de Saúde, assumindo na íntegra o seu custeio, em consonância com os artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98.

9. DINÂMICA DE ATENDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

COMO PROCEDER

Consultas, exames e procedimentos de baixo custo (até R\$ 180,00), inclusive decorrentes de consultas.

Não há necessidade de autorização prévia. Comparecer diretamente ao credenciado.

Exames e procedimentos de alto custo (a partir de R\$ 180,00)

Credenciado solicitará autorização por meio do 0800 283 0040.

Internações programadas/eletivas.

Necessita autorização prévia, através de guia, fornecida nos Centros de Atendimento ao Cliente.

Internações de urgência

Credenciado solicitará autorização por meio do 0800 283 0040.

- Marcação de consulta e exames no Hospital Márcio Cunha, ligar no 3829.9600.
- Marcação de consultas e exames na rede credenciada, ligar direto no credenciado - consultórios, clínicas especializadas e laboratórios.

10. COBERTURAS

O Plano Médico assegura aos seus Beneficiários as coberturas definidas e listadas no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que pode ser obtido no endereço: www.ans.gov.br.

11. Do direito de permanência do contrato de ex-empregado e regras

Quem tem direito a manter o plano de saúde?

Aposentados e os empregados que foram demitidos sem justa causa que tenham contribuído com o plano empresarial.

Qual a cobertura do plano de ex-empregado?

A permanência do beneficiário no plano é garantida nas mesmas condições do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados ativos: mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver.

Há alguma condição ou pré-requisito para a manutenção do plano após o desligamento da empresa?

- São elegíveis os ex-empregados que foram demitidos sem justa causa ou em caso de aposentadoria, desde que tenham contribuído no pagamento do plano de saúde, enquanto empregados;
- O ex-empregado aposentado assumirá integralmente a mensalidade após o desligamento;
- Contribuição é considerado qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade de seu plano, com exceção dos valores relacionados aos dependentes e à coparticipação;

- O ex-empregado também deverá assumir integralmente o pagamento da mensalidade do seu plano de saúde, ou seja, a parte que a empresa pagava na condição de ativo + a parte que era de responsabilidade do empregado. A mensalidade será cobrada pela Usisaúde por meio de boleto bancário.

Por quanto tempo o ex-empregado poderá ficar no plano?

Os aposentados que contribuíram por mais de dez anos podem manter o plano pelo tempo que desejarem. No caso de períodos inferiores, cada ano que o empregado contribuir lhe dará direito a um ano no plano coletivo depois de sua aposentadoria.

Os demitidos sem justa causa poderão permanecer no plano de saúde por um período equivalente a um terço do tempo em que contribuíram com o plano, respeitando o limite mínimo de seis meses e máximo de dois anos ou até conseguirem um novo emprego que tenha o benefício de plano de saúde.

A manutenção do plano se estende também aos dependentes?

A norma garante que o aposentado ou demitido tenha o direito de manter a condição de beneficiário individual ou com seu grupo familiar inscrito no ato do desligamento da empresa. Uma outra garantia é a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos durante o período de manutenção da condição de beneficiário no plano destinado ao aposentado ou demitido.

Em caso de morte do titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde.

Atenção

- a) Novo cônjuge poderá ser incluído no plano em até 30 dias, a contar da data de casamento;
- b) Filhos poderão ser incluídos a qualquer momento;
- c) Este item trata das regras de inclusão do dependente. As regras de carência respeitam o que foi estabelecido em contrato.

Quando o empregado pede demissão, há direito de manutenção da condição de beneficiário no plano de ex-empregado?

Não. Os ex-empregados que pediram demissão ou ingressaram em um Programa de Demissão Voluntária – PDV, ficam excluídos dos direitos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, salvo se o ingresso no PDV coincidir com a aposentadoria.

O ex-empregado aposentado inscrito em PDV deverá manifestar-se pelo direito do artigo 31 no momento em que se desligar da empresa empregadora.

Há direito de manutenção da condição de beneficiário no plano de ex-empregado para término de contrato de estágio, fim de mandato de administrador ou término do contrato de trabalho temporário?

Não. Nestas hipóteses, não há direito de manutenção da condição de beneficiário.

COMUNICAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Quando o empregado deve se manifestar pela opção de manutenção do plano de saúde na condição de ex-empregado?

O ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 dias em resposta ao comunicado do empregador, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio ou da comunicação de aposentadoria.

DO VALOR DA MENSALIDADE

A Empresa contratante deverá apresentar ao beneficiário titular:

- a) Valor do custo do seu plano de saúde do beneficiário de acordo com a sua faixa etária enquanto funcionário ativo (mesmo que a condição comercial estabelecida entre a operadora e a empresa seja de preço único).
- b) Valor da contribuição na mensalidade do empregado e do empregador enquanto funcionário ativo.
 - É necessário detalhar as regras de participação do funcionário no plano de saúde.
- c) Valor da mensalidade no caso de permanência no plano de saúde de ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado.

As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações deverão estar disponíveis na Empresa ou poderão ser solicitadas para a Usisaúde.

APOSENTADOS QUE CONTINUEM TRABALHANDO NA MESMA EMPRESA

Como fica a situação do aposentado que continua trabalhando na mesma empresa?

- Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e que, futuramente, se desligue do empregador, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário com base nas regras de permanência como ex-empregado aposentado.
- O ex-empregado aposentado deverá manifestar interesse pela opção de manutenção do plano no momento em que se desligar da empresa.

MUDANÇA DE OPERADORA

No caso de oferecimento de plano de saúde pelo empregador mediante a contratação sucessiva de mais de uma operadora, serão considerados os períodos de contribuição do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado decorrentes da contratação do empregador com as várias operadoras.

Atenção

O item acima somente se aplica aos contratos da cadeia de sucessão contratual que tenham sido celebrados após 1º de janeiro de 1999 ou tenham sido adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

Extinção do Direito Assegurado

Artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

Quando ocorre a extinção do direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998?

- Pelo fim de permanência no plano de ex-empregado;
- Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego;
- Quando a empresa faz o cancelamento do plano de saúde que é concedido como benefício a seus empregados ativos e ex-empregados;
- Por inadimplência do ex-empregado no pagamento da mensalidade que é de sua responsabilidade.

CENTROS DE ATENDIMENTO AO CLIENTE

| CACs DA USISAÚDE | UNIDADES DE APOIO AO CLIENTE |

ESPÍRITO SANTO

CAC Vitória

Rua Dr. Eurico de Aguiar, nº 888, sala 1.101
Bairro: Santa Lúcia | CEP 29056-200
Tel.: (27) 3277 2303 | Fax: (27) 3314 3231
Horário de atendimento: 8h às 12h e 13h às 17h

MINAS GERAIS

CAC Belo Horizonte

Rua dos Otoni, nº 881, 3º andar
Bairro: Santa Efigênia | CEP 30150-270
Tel.: (31) 3213 1340 | Fax: (31) 3213 2945
Horário de atendimento: 8h às 17h30

CAC Ipatinga

Av. Kiyoshi Tsunawaki, nº 41
Bairro Das Águas | CEP 35160-158
Tel.: (31) 3829 9500 | Fax: (31) 3825 2514
Horário de atendimento: 7h30 às 19h

CAC Ipatinga - Centro

Av. João Valeintim Pascoal, 414, loja 3
Bairro: Centro | CEP 35160-002
Tel.: (31) 3824 1630 | Fax: (31) 3824 1630
Horário de atendimento: 9 às 18h

CAC Timóteo

Av. Jovino Augusto da Silva, nº 25, loja 42
Bairro: Bromélias | CEP: 30150-270
Tel.: (31) 3848-1086 - 3848-8360
Horário de atendimento: 9h às 18h

Unidade de Apoio ao Cliente - Pouso Alegre

Praça Gil Pimentel Moura, s/nº

Distrito Industrial | CEP 37550-000

Tel.: (35) 3449 9410 | Fax: (35) 3449 9410

Horário de atendimento: 7h30 às 12h e 12h30 às 16h30

RIO GRANDE DO SUL

Unidade de Apoio ao Cliente - Porto Alegre

Av. dos Estados, nº 2.350

Bairro: Humaitá | CEP 90200-001

Tel.: (51) 2131 1324 | Fax: (51) 2131 1675

Horário de atendimento: 8h30 às 12h e 13h às 17h20

SÃO PAULO

CAC Santos

Av. Ana Costa, nº 258, loja 01

Bairro: Vila Mathias | CEP 11060-000

Tel.: (13) 3226 3000 | Fax: (13) 3226 3030

Horário de atendimento: 8h às 17h30

CAC São Paulo

Av. do Café, nº 277, Torre A, 8º andar

Bairro: Jabaquara | CEP 04311-000

Tel.: (11) 5591 5208 | Fax: (11) 5591 5206

Horário de atendimento: 8h30 às 12h30 e 13h30 às 17h30

Unidade de Apoio ao Cliente - Guarulhos

Av. Monteiro Lobato, nº 2.805

Bairro São Roque | CEP 07190-902

Tel.: (11) 2464 3585 | Fax: (11) 3464 3650

Horário de atendimento: 8h às 17h

www.usisaude.com.br

Serviço de Orientação ao Cliente

0800 283 0040

Serviço de Orientação ao Cliente

0800 283 0040

Av. Eng^o Kiyoshi Tsunawaki, s/n^o. - Bairro das Águas.
CEP 35160-158- Ipatinga/MG.

www.usisaude.com.br


Usisaúde
atitude para viver melhor

Saúde
USIMINAS 