

GUIA DE UTILIZAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

PRODUTO: **FUNDO SAÚDE**





SOBRE NÓS

Buscando sempre prestar um serviço de qualidade e humanizado, nós, da Usisaúde, estamos há mais de três décadas trabalhando para oferecer uma assistência completa à saúde de nossos beneficiários.

Fazemos parte da Fundação São Francisco Xavier e temos orgulho de ser, nota máxima, por sete anos consecutivos, no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), principal indicador para avaliação das operadoras de planos de saúde, desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



GUIA DE UTILIZAÇÃO

Nesta guia, você vai tirar dúvidas e saber como utilizar melhor o seu Plano de Saúde.



CONHEÇA SEU PLANO

O **Fundo Saúde** é um plano não regulamentado*, cujo as contribuições financeiras dos participantes (mensalidades) têm como finalidade a cobertura das despesas de internações e despesas médicas de alto custo contidas no anexo Tabela de Procedimentos Fundo Saúde.

O Fundo está disponível em três categorias: Plano A, Plano B e Plano C. A diferença entre elas se apresenta nos critérios de reembolso e valor das mensalidades.

Desde março de 2010 o plano está fechado para a inclusão de novos beneficiários titulares.

QUEM PODE INGRESSAR NO PLANO

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

- a) Cônjugue;
- b) Companheiro (a) regularizado (a) por meio de escritura pública declaratória de união estável;
- c) Filhos, adotivos ou não, e enteados, solteiros, menores de 21 anos ou menores de 24 anos, se estudantes, ou de qualquer idade se inválidos ou mentalmente incapazes. Menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela legal, limitado a dois beneficiários, cumulativamente, nessas condições.

BENEFICIÁRIO VINCULADO

- a) Filhos, adotivos ou não, e enteados que não se enquadrem nas hipóteses anteriores, de beneficiários dependentes;
- b) Neto(a), desde que incluído até 30 dias após o nascimento e que, nessa data, seu pai ou mãe já seja, há mais de 10 (dez) meses, Beneficiário Dependente ou Beneficiário Vinculado de Beneficiário Titular;
- c) Genro e nora, desde que incluídos até 30 dias após o casamento e que, nessa data, o cônjuge já seja, há mais de 10 (dez) meses, Beneficiário Dependente ou Beneficiário Vinculado de Beneficiário Titular. No caso de dissolução do vínculo matrimonial o genro ou nora será automaticamente excluído do Plano de Saúde.

IMPORTANTE:

No caso de falecimento do Beneficiário Titular, os beneficiários dependentes ou vinculados existentes na data do óbito, poderão permanecer no Plano de Saúde desde que assumam o pagamento integral das mensalidades, não sendo permitida a inclusão de novos dependentes ou vinculados.

A comunicação do falecimento do titular bem como o interesse de permanência na apólice deve ser feita à Usisaúde, em um prazo de 30 dias, através de seus canais de atendimento.

COMO USAR O FUNDO SAÚDE

Para ter acesso aos serviços oferecidos pelo Fundo Saúde, seja na rede própria ou credenciada, é necessário apresentar um documento de identificação e a carteirinha de forma digital.





REDE CREDENCIADA

Os beneficiários da Usisaúde contam com uma rede de atendimento ampla e qualificada, com médicos, clínicas, laboratórios e hospitais.

SAIBA COMO CONSULTAR A REDE DO SEU PLANO

As informações da rede credenciada podem ser acessadas pelo aplicativo Usisaúde ou pelo Portal do Cliente, onde é possível consultar toda a rede prestadora que está disponível para o seu plano.



**A BUSCA PODE
SER FEITA POR:**

- Estado
- Cidade
- Tipo de prestador
- Nome do prestador
- Especialidade

- Para facilitar seu acesso, criamos um tutorial simples e detalhado.

CLIQUE AQUI para acessá-lo.

- Se preferir, basta enviar um “Olá” em nosso **WhatsApp** 0800 283 00 40, opção “**Informação de rede credenciada**”.



CONSULTAS E EXAMES

O primeiro passo para agendar uma consulta é identificar a especialidade desejada e verificar um profissional ou clínica que faça parte da sua rede. O agendamento deve ser realizado junto ao consultório do profissional ou clínica escolhida.

A autorização necessária para realização da consulta, será solicitada à operadora pelo prestador pelo Portal de Autorizações.

Ao final da consulta o médico poderá solicitar a realização de exames ou procedimentos. Esse pedido será realizado através de uma Guia de Autorização da Usisaúde. Com a guia em mãos você deverá escolher, também dentro da rede credenciada, o local adequado para a realização do procedimento solicitado pelo médico e discriminado na guia. Em seguida, você deverá entrar em contato com o prestador escolhido e realizar o agendamento do procedimento, disponibilizando o pedido médico e informações necessárias, para que o prestador solicite a autorização junto ao plano de saúde, pelo Portal de Autorizações.

Para realização do atendimento é essencial que todos os procedimentos, materiais e/ou medicamentos estejam devidamente autorizados, e para sua segurança você poderá acompanhar todo o status das autorizações através dos nossos canais digitais.

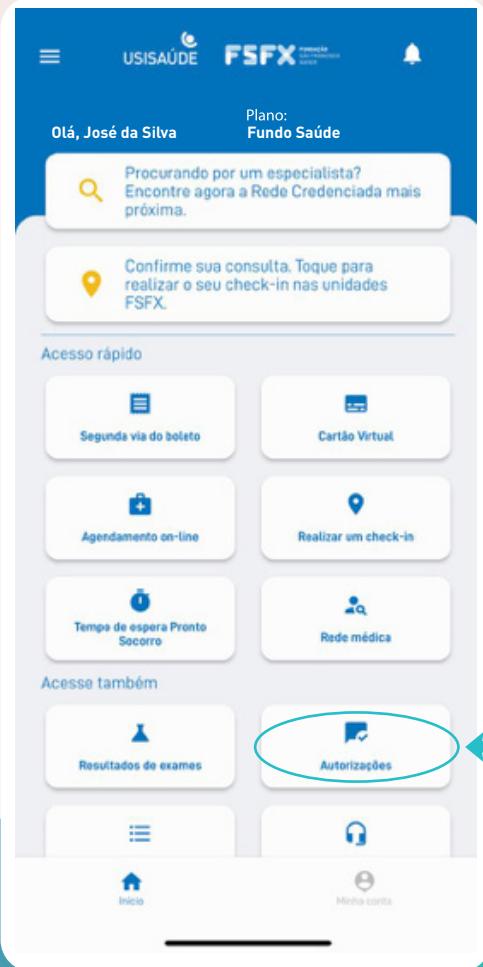
IMPORTANTE: para aqueles que não possuem desconto direto na suplementação, deverá realizar o pagamento à vista direto ao prestador, seguindo tabela de convênio.



INTERAÇÕES E CIRURGIAS PROGRAMADAS

As autorizações de internações e cirurgias são solicitadas pelo prestador da rede credenciada. Com o pedido do médico em mãos, o beneficiário deverá entrar em contato com local escolhido e solicitar o agendamento da cirurgia ou procedimento.

IMPORTANTE: para agilidade deste processo, todos os documentos complementares como a justificativa clínica, descrição dos materiais especiais (órteses, próteses e medicamentos), laudos de exames diagnósticos relacionados e informações adicionais devem ser anexados no cadastro inicial da guia no Portal de Autorizações pelo prestador, ou enviados quando solicitado pela Usisaúde no menor tempo possível, para que a análise seja realizada pela Usisaúde com maior agilidade.



ACOMPANHAMENTO DE AUTORIZAÇÃO

Toda a evolução, status de autorização e solicitações de novas justificativas e documentações, poderão ser acompanhados por meio do aplicativo Usisaúde ou pelo Portal do Cliente.



ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA REDE CREDENCIADA

Para os casos de urgência e emergência, o beneficiário deverá se dirigir a Unidade de Pronto Atendimento ou Pronto-Socorro, escolhida dentro da rede credenciada, apresentando um documento de identificação e carteirinha do plano de saúde, digital ou física. O fluxo de atendimento é determinado pelo prestador, que será o responsável por solicitar as autorizações necessárias durante o atendimento, junto a Usisaúde.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA FORA DA REDE CREDENCIADA

O atendimento nacional, para casos de urgência e emergência quando o beneficiário estiver em trânsito, é realizado em parceria com a ABRAMGE, que é responsável pela formação dessa rede de atendimento, seguindo a dinâmica contratual do seu plano.

Para consultar a rede ABRAMGE na região em que o beneficiário se encontra, é necessário ligar para, 0800 722 7511 ou acessar www.atendimentoabramge.com.br.

Nos locais fora da abrangência do plano de saúde e que não possuem rede ABRAMGE, não é prevista a cobertura.

IMPORTANTE: a Usisaúde não se responsabiliza por quaisquer acordos ajustados particularmente entre beneficiário e o prestador de atendimento, correndo tais despesas por conta exclusiva do beneficiário.



REGRAS E INFORMAÇÕES GERAIS

INCLUSÃO, EXCLUSÃO E ALTERAÇÃO DE CADASTRO

As movimentações deverão ser realizadas pelo beneficiário titular do plano através WhatsApp, 0800 283 0040 na opção “Meu Plano/Movimentações Cadastrais” ou em um dos centros de atendimento ao cliente Usisaúde.

IMPORTANTE: inclusão, exclusão e alteração de cadastro de Beneficiários deverão ser formalizadas pelo Beneficiário Titular junto à Usisaúde.

- **Inclusão:** a inclusão de novo beneficiário passa a vigorar a partir da data da sua solicitação formal.
- **Exclusão:** a exclusão do Beneficiário Titular provoca também a exclusão automática do Beneficiário Dependente e do Vinculado.

- **Exclusão por inadimplência:** será automaticamente excluído do Plano de Saúde o Beneficiário que, por qualquer razão, deixar de fazer suas contribuições de 2 (duas) mensalidades consecutivas.
- **Alteração de Categoria do Plano (Plano A, Plano B e Plano C):** a alteração da categoria de plano do Beneficiário Titular provoca automaticamente a alteração da categoria de plano dos seus Beneficiários Dependentes e Vinculados.

Alteração de categoria: tendo recebido da operadora Usisaúde reembolso de despesas realizadas fora da rede credenciada, o Beneficiário só poderá migrar para plano de categoria inferior após 360 dias do último reembolso.

Em nenhuma hipótese haverá devolução de contribuições fixas pagas pelos Beneficiários.

Não será permitida a reinclusão de Beneficiário Titular nem de seus respectivos Beneficiários Dependentes e Vinculados excluídos do Fundo Saúde por qualquer motivo.

Para Pensionistas, não será permitido realizar nenhum tipo de inclusão, podendo permanecer no Fundo Saúde como dependentes do pensionista, somente aqueles que estavam no Fundo Saúde na data de óbito do titular.



CARÊNCIAS

A 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.

Você pode consultar as carências do seu plano pelo aplicativo USISAÚDE ou no Portal do Cliente. Não haverá carência para utilização de internações, exames e procedimentos listados, quando a inclusão do Beneficiário no Fundo Saúde ocorrer nas seguintes condições:

a) Beneficiário Dependente

- Até 30 dias após o nascimento, no caso de filho;
- Até 30 dias após o casamento no caso de cônjuge e seus filhos menores de 12 anos;
- Até 30 dias após a emissão de Escritura Pública Declaratória de União Estável no caso de companheiro(a) e filhos seus menores de 12 anos;
- Até 30 dias após a adoção de menor de 12 anos ou da concessão da guarda.

b) Beneficiário Vinculado

- Neto (a), desde respeitadas as disposições listadas anteriormente e em qualquer hipótese, só poderão ser incluídos no FUNDO SAÚDE até 30 dias após seu nascimento.
- Genro e nora, desde respeitadas as disposições listadas anteriormente, e em qualquer hipótese, só poderão ser incluídos no FUNDO SAÚDE até 30 dias após o casamento.

IMPORTANTE: vencidos esses prazos, qualquer inclusão implica em cumprimento de carência de 180 dias para que o Beneficiário possa utilizar, sem ônus, das coberturas do Fundo Saúde. O Beneficiário que migrar para categoria de plano superior só terá direito aos seus benefícios após 180 dias.



PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

A acomodação é o tipo de local que o paciente ficará em caso de internação.

- **Apartamento:** acomodação individual.

É coberto pelo Fundo Saúde a alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 anos e com idade igual ou superior a 60 anos.



REMOÇÕES

As remoções são restritas às terrestres, de hospital credenciado para hospital credenciado, dentro da abrangência geográfica da Rede Credenciada pela Usisaúde, por indicação do médico assistente e subordinada à autorização prévia.

Como solicitar?

O prestador onde o beneficiário está internado deverá entrar em contato com o **Núcleo de Aendimento ao Prestador**, por meio do número 4004-8040 para receber as orientações sobre a remoção. Será necessário que o prestador envie um relatório médico com todas as informações, incluindo o tipo de ambulância, justificativa médica, local de origem, destino da transferência e o nome do médico que receberá o paciente no hospital de destino. Esses dados são essenciais para a avaliação da Usisaúde.

REMOÇÕES AÉREAS

Remoções aéreas são autorizadas apenas para beneficiários com **plano aeromédico**, mediante solicitação exclusiva do médico e avaliação da auditoria. A cobertura para o opcional do transporte aeromédico é para remoções entre hospitais, dentro do território nacional, desde que intermunicipal ou interestadual - Distância superior a 50 KM.

- Quando o hospital onde se encontra o paciente não detenha condições de ministrar o tratamento, a remoção ocorre para hospital mais próximo que detenha condições de prestar atendimento.
- Exclusivamente quando o beneficiário / paciente necessitar de atendimento UTI / CTI.
- O plano aeromédico é um produto opcional que pode ser incluído no seu plano de saúde. Para adesão, entre em contato pelo 0800 283 0040.



COBERTURAS

O plano cobrirá as despesas relacionadas a internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas, além de exames e tratamentos ambulatoriais especificados no anexo Tabela de Procedimentos Fundo Saúde.

Para os procedimentos não previstos no manual e neste guia, o beneficiário arcará com custos, a preço de convênio.

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Não terão cobertura do plano de saúde as despesas listadas no anexo Tabela de Procedimentos Fundo Saúde.



REEMBOLSO

São passíveis de reembolso as despesas decorrentes de atendimentos cobertos no Manual do Fundo de Saúde e neste guia, que forem realizados fora da rede credenciada, desde que, apresentadas à Usisaúde para análise.

O valor a ser reembolsado será definido de acordo com a categoria do plano em que beneficiário está vinculado e o valor referente a Tabela de Convênio (TC).

TABELA DE REEMBOLSO

CONTRIBUIÇÃO FIXA MENSAL	PLANO A	PLANO B	PLANO C
ACOMODAÇÃO	Apartamento	Apartamento	Apartamento
DIÁRIAS	Até 1 (uma) vez a Tabela de TC	Até 3 (três) vezes a Tabela de TC	Até 3 (três) vezes a Tabela de TC
TAXAS	Até 1 (uma) vez a Tabela de TC	Até 3 (três) vezes a Tabela de TC	Até 3 (três) vezes a Tabela de TC
MATERIAIS E MEDICAMENTOS	Conforme TC	Conforme TC	Conforme TC
SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO - SADT	Até 1 (uma) vez a Tabela de TC	Até 3 (três) vezes a Tabela de TC	Até 5 (cinco) vezes a Tabela TC
HONORÁRIOS PROFISSIONAIS	Até 1 (uma) vez a Tabela de TC	Até 3 (três) vezes a Tabela de TC	Até 5 (cinco) vezes a Tabela TC
REEMBOLSO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	<p>O reembolso dos exames e procedimentos ambulatoriais com cobertura prevista neste manual é limitado a uma vez a Tabela de Credenciamento – TC.</p> <p>As tabelas especificadas nos planos "A", "B" e "C" somente se aplicam para reembolso de despesas realizadas fora da rede credenciada pela Operadora do Plano de Saúde.</p>		

* TC = Tabela de Credenciamento



SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Para solicitar o reembolso, entre em contato com a operadora em até 120 dias após a emissão da nota fiscal, exclusivamente pelo WhatsApp opção “Solicitação de Reembolso”.

Certifique-se de ter à disposição a documentação necessária, conforme detalhado abaixo:

- **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.

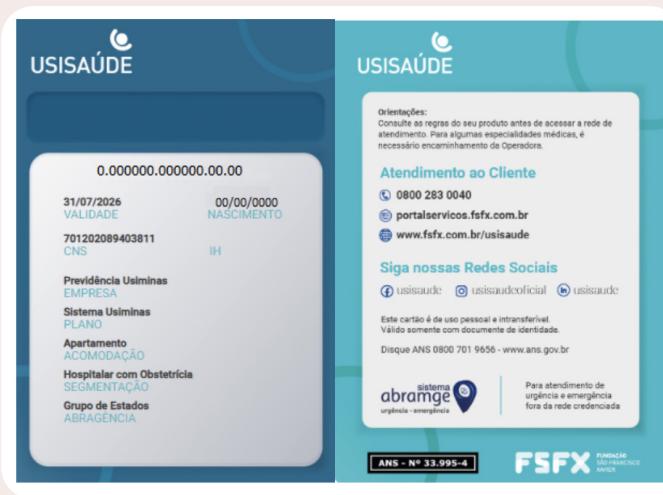
O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação à Usisaúde e dentro dos limites estabelecidos neste manual.

Tendo recebido da operadora USISAÚDE reembolso de despesas realizadas fora da rede credenciada, o beneficiário só poderá migrar para plano de categoria inferior após 360 dias do último reembolso.

CARTEIRINHA

A carteirinha do seu Fundo Saúde é 100% digital e está disponível e sempre atualizada, tanto no Aplicativo, quanto no Portal do Cliente. Você também pode acessar facilmente a carteirinha dos seus dependentes diretamente do seu perfil.

Elá pode ser utilizada em consultas e exames de maneira simples e eficiente, garantindo mais praticidade e agilidade no seu atendimento.



BOLETO BANCÁRIO

Caso você realize os pagamentos via boleto, atualize seu e-mail em nosso cadastro para receber mensalmente o seu boleto digital.

Para sua segurança, o arquivo anexado ao e-mail deverá ser acessado digitando os 4 primeiros dígitos do CPF titular.

Lembre-se de sempre conferir o remetente (boletodigital.usisaude@fsfx.com.br) e os dados do boleto antes de realizar o pagamento.

Você também pode acessar o boleto diretamente no Aplicativo ou no Portal do Cliente. No ícone da tela inicial ou no menu Financeiro, escolha o plano de saúde e o ano de vencimento do título.

Além disso, no menu Financeiro também é possível acessar seu demonstrativo de despesas e alterar a forma de cobrança.

Caso ocorra o não pagamento de duas mensalidades consecutivas o beneficiário será excluído do Plano de Saúde , sem ter como haver o retorno ao mesmo.



BENEFÍCIOS E SERVIÇOS

USIFAMÍLIA

Estruturado com base nos melhores modelos internacionais de Atenção Primária, o Usifamília é baseado no modelo de Medicina de Família e Comunidade. Por meio de um acompanhamento humanizado e ao longo da vida, no Usifamília você conta com uma equipe multidisciplinar para cuidar da sua saúde de forma integral.

O propósito do serviço é ofertar um cuidado individualizado ao beneficiário. Por isso, além de diagnóstico e tratamento oportuno de doenças agudas e crônicas, o foco é a prevenção de doenças e a promoção da saúde – com monitoramentos telefônico, consultas eletivas, teleconsultas, orientações e encaminhamentos.

Para saber mais, acesse o site: www.fsfx.com.br/usisaude/usifamilia/

CLIQUE AQUI E ASSISTA AO VÍDEO SOBRE O USIFAMÍLIA.



TELEUSISAÚDE

Para que você tenha consultas com mais comodidade e segurança, a Usisaúde melhorou, ainda mais, os serviços de atendimento online. Acesse o Portal do Cliente pelo computador, tablet ou celular. Clique em “marcar uma consulta por vídeo” e você será atendido por um membro da equipe da operadora. Essa é mais uma forma de cuidar bem de você.

Os valores da teleconsulta serão cobrados de acordo com a norma contratual.

Agende on-line pelo site: portalservicos.fsfx.com.br/login

+ATITUDE - O SEU PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Voltado para oferecer apoio aos beneficiários Usisaúde, o Programa +Atitude é um benefício do plano, atuando na promoção da saúde e prevenção de doenças, trazendo um jeito divertido de cuidar da saúde, através de diversos conteúdos educativos, desafios temáticos e recompensas em forma de prêmios e experiências.

No +Atitude você ganha saúde, qualidade de vida e benefícios. Junte-se a essa comunidade cheia de saúde e atitude!

Acesse www.maisatitude.com.br e participe!



CANAIS DE ATENDIMENTO

APLICATIVO

Confira o passo a passo para acessar o aplicativo da Usisaúde:

- Abra o aplicativo. Se ainda não tiver instalado, baixe no Google Play ou na Apple Store.
- Como fazer o cadastro? Com o aplicativo instalado, abra-o e clique em “**Novo Cadastro**”.
- Informe o número do CPF e a data de nascimento. Depois disso, pressione “**Continuar**”.
- Agora preencha o endereço de e-mail e crie uma senha para acessar o aplicativo. Será necessário confirmá-la logo abaixo. Marque a caixa à frente do texto “**Concordo com a Política de Privacidade e com o termo de uso**” e clique em “**Finalizar**”.
- **Confirmando o seu cadastro.** Verifique a caixa de e-mail e abra a mensagem enviada pela Usisaúde. Clique no link para confirmar a conta. Com essa confirmação, uma tela do navegador de internet vai se abrir.
- **Prontinho!** Agora é só voltar ao aplicativo, informar os dados pedidos e começar a usar.



App Store



DISPONÍVEL NO
Google Play



CONHEÇA AS COMODIDADES DO APLICATIVO

- Acesso à carteirinha digital
- Informações do plano
- Atualização cadastral
- Consulta à rede de atendimento
- Detalhamento das despesas médicas
- Acompanhamento do status das autorizações

PORTAL DO CLIENTE

Em nosso site, você tem acesso ao portal de serviços, com diversas funcionalidades e informações completas sobre o seu plano. Acompanhe suas despesas, visualize o status de autorizações, verifique a rede credenciada, e muito mais, tudo de maneira prática e rápida.



E o melhor: para acessar o portal, você utiliza o mesmo login e senha do nosso aplicativo, proporcionando ainda mais facilidade e integração entre os canais.

Acesse: portalservicos.fsfx.com.br/login



CENTRAL DE ATENDIMENTO

0800 283 0040 (Ligação e WhatsApp)

• **Ligações:** 24 horas por dia, 7 dias por semana.

• **WhatsApp:** segunda à sexta-feira, das 7h às 18h, e sábado, das 7h às 13h.

ATENDIMENTO PRESENCIAL

Para maior comodidade e proximidade com os clientes, a Usisaúde conta com diversos pontos de atendimento presencial. Confira onde estamos presentes:

CAC'S – Centro atendimento ao Cliente

• IPATINGA

1 - Av. João Valentim Pascoal, 414,
Loja 03 - Centro - CEP 35160-002

Horário de atendimento – de segunda a sexta-feira,
das 8h às 18h.

2 - Av. Castelo Branco, 610

Horto - CEP 35160-294

Horário de atendimento – de segunda a sexta-feira,
das 8h às 18h.

• BELO HORIZONTE

Rua dos Otoni, 881, 11º andar
Santa Efigênia - CEP 30150-270

Horário de atendimento - de segunda a sexta-feira,
das 8h às 17h30.

• SANTOS

Av. Ana Costa, 258, Loja 01

Vila Mathias - CEP 11060-000

Horário de atendimento - de segunda a sexta-feira,
das 8h às 17h30.



 usisaude

 usisaudeoficial

 usisaude

 www.fsfx.com.br/usisaude