

Direitos básicos dos beneficiários de convênios médicos

Você conhece seus direitos para a plena utilização do plano de saúde?

Neste “Você sabia?”, a Emdec apresenta informações gerais sobre o benefício, incluindo coberturas, prazos e atendimentos de urgência e emergência fora do município.

Cobertura mínima obrigatória



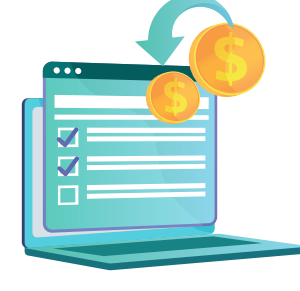
A cobertura do plano de saúde, que inclui consultas, exames, procedimentos e tratamentos, é definida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde. A ANS regula, normatiza e fiscaliza o mercado de planos privados no Brasil.

A agência elabora o **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**, que é uma lista do que os planos são obrigados a oferecer, atualizada periodicamente, a fim de acompanhar a evolução tecnológica e ampliar a cobertura.

Essa lista tem períodos de consulta pública, divulgados no site da ANS, em que qualquer cidadão, entidade ou organização pode enviar sugestões para alteração, exclusão ou inclusão de procedimentos.

Para consultar se um procedimento é coberto pelo plano de saúde, acesse www.ans.gov.br/ROL-web.

Reembolsos

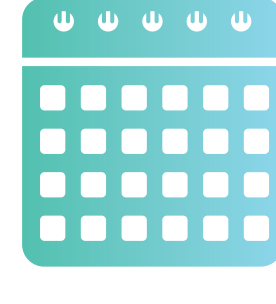


Se não houver profissional ou estabelecimento de saúde credenciado disponível para atendimento no município ou cidade limítrofe, o beneficiário deverá comunicar o plano de saúde.

Caso o atendimento esteja no **Rol de Procedimentos**, o plano deverá explicar ao beneficiário como reembolsar as despesas com profissional não credenciado.

O reembolso só é garantido após formalização junto à operadora, esgotadas as hipóteses previstas pela ANS.

Prazos máximos de atendimento



Tipo de atendimento	Prazo máximo* (em dias úteis)
Atendimentos de urgência e emergência	Imediato e sem carência
Exames de análises clínicas ambulatoriais (por exemplo, exames de sangue)	03 dias
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial (ou seja, sem internação)	10 dias
Consulta básica (clínica médica, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia e pediatria)	07 dias
Consulta/sessão com outras especialidades (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional)	10 dias
Consulta nas demais especialidades médicas	14 dias
Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) e internação eletiva (agendada)	21 dias
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

* Para agendar consultas, liberar guias e realizar procedimentos. Não inclui os resultados dos exames

Atenção!

Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos acima, é considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, não necessariamente a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

Atendimentos de urgência e emergência fora do município

Em situações de urgência e emergência fora do município, o beneficiário também tem direito ao atendimento imediato.

Os usuários do PHS Samaritano Saúde podem consultar os locais de atendimento pela Rede Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), no número 0800 722 7511 ou endereço eletrônico www.atendimentoabramge.com.br.



Permanência do plano para aposentados

Aposentados que contribuíram por mais de dez anos têm direito à permanência no plano de saúde nas mesmas condições, desde que assumam o pagamento integral.

Se o tempo de contribuição for menor, a permanência nas mesmas condições será proporcional ao período contribuído.

Em caso de falecimento do aposentado, os dependentes continuam no plano pelo restante do tempo a que o titular teria direito.

Apoio Emdec

Se precisar de ajuda, visite o RH da Emdec ou entre em contato por estes canais, disponíveis para tirar dúvidas, agendar consultas, exames e liberar guias:

Telefone/WhatsApp: (19) 3772-7135

E-mail: thalita.silva@emdec.com.br

