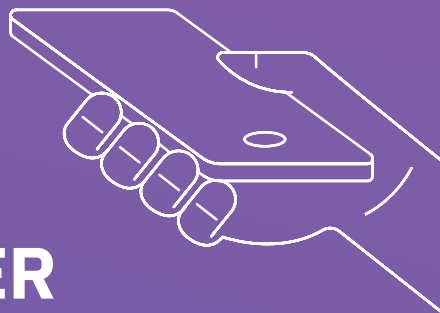


CUIDAR TAMBÉM É INFORMAR E SER TRANSPARENTE COM VOCÊ.

Manual do Beneficiário
Individual/Familiar



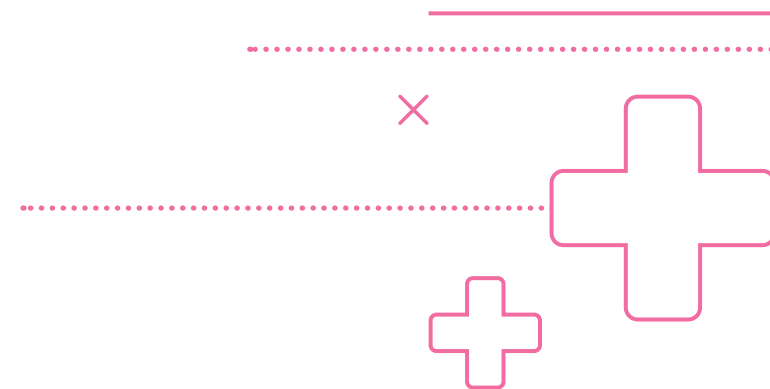
Qsaúde





Olá, é muito bom ter você com a gente :)

Você contratou um plano de assistência à saúde **Individual ou Familiar**, cuja forma de contratação e características obedecem às normas da Agência Nacional de Saúde (ANS). Elaboramos este Manual para reforçar as regras e condições do contrato, além de esclarecer os principais pontos relativos à contratação, utilização e eventual cancelamento do plano.



CANAIS DE ATENDIMENTO



WhatsApp
(11) 3003 -9151



Telefone
3003-9151

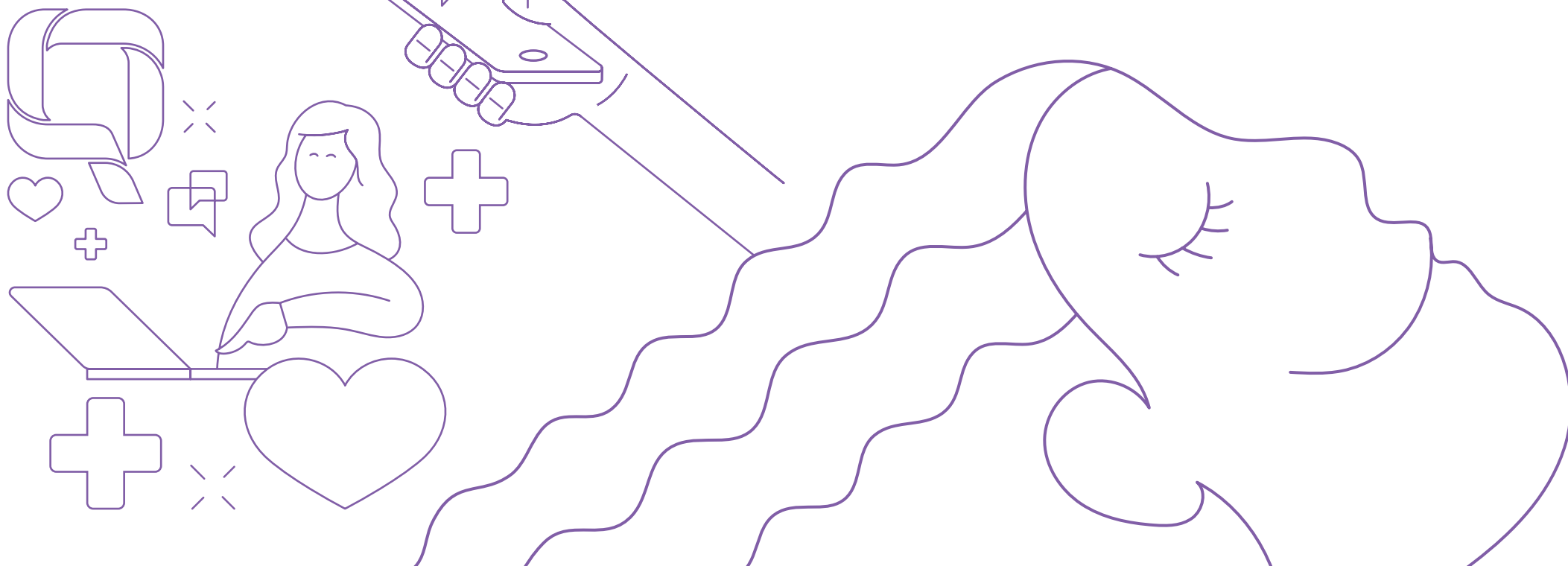


SAC 24h
0800 5229 000

Avenida Paulista, 1063, 8º andar
Jardim Paulista - São Paulo – SP - 01311-200
www.qsaude.com.br

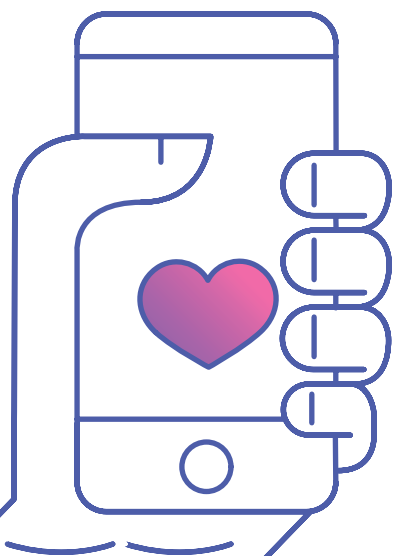
App Qsaúde

Na aba *Atendimento*,
clique em *Falar com GuiaQ*.



O CONTRATO INDIVIDUAL / FAMILIAR

As condições gerais do Plano de Saúde Individual / Familiar foram redigidas com a observância do Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406/02), do Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90), do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03) e com base na Lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentares editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para planos e seguros privados de assistência à saúde.



QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO TITULAR?

Qualquer pessoa física.

QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO DEPENDENTE?

Poderão ser beneficiários dependentes os seguintes indivíduos, desde que mantenham uma relação de dependência com o beneficiário titular e tenham sido inscritos por ele no plano:

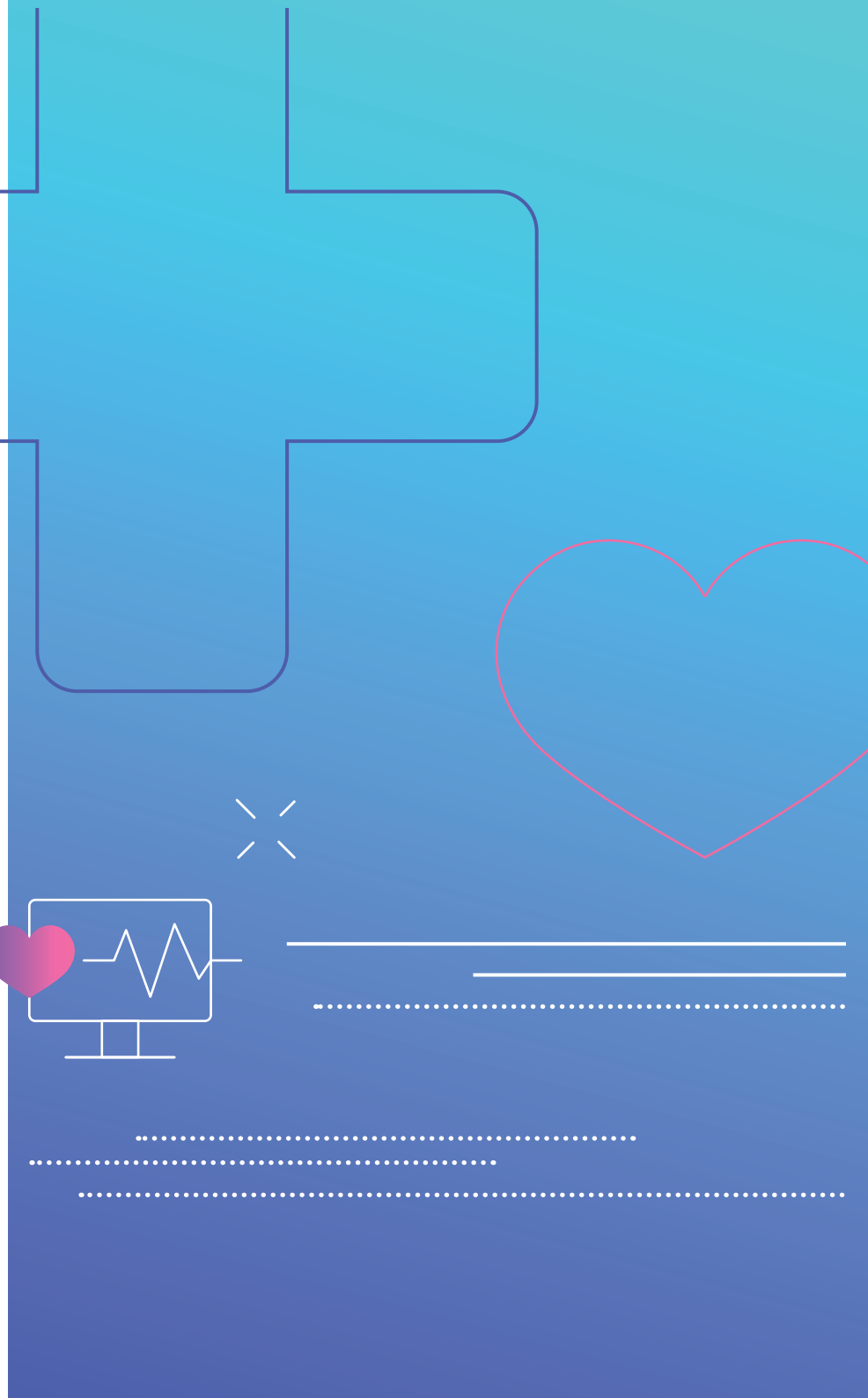
- a. cônjuge;
- b. companheiro(a), havendo união estável na forma da lei civil, devidamente comprovada, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- c. filhos(a)
e enteados;
- d. menor solteiro(a) que, por força judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular;
- e. pai e mãe;
- f. Avô(ó);
- g. Irmãos (ãs);
- h. Tios (as);
- i. Sobrinhos (as);
- j. Netos (as) e Bisnetos (as);
- k. Sogro (a);
- l. Cunhados (as);
- m. Genros e Noras;
- n. Primos;
- o. Padrasto/madrasta.

CATEGORIAS DE PLANOS

O Qsaúde oferece 5 (cinco) categorias de planos. São diferenciadas pela rede credenciada (hospitais, clínicas, consultórios etc.) e pelo padrão de acomodação.

Nome Comercial	Qfácil	Qfácil Plus	Qconforto II	Qconforto Plus II	Qdemais II	Qtop II	Referência - Individual ou Familiar
Registro ANS	490.299/21-8	490.300/21-5	489.154/21-6	489.156/21.2	489.155/21.4	489.153/21-8	486.413/20-1
Tipo de Contratação	Individual ou Familiar	Individual ou Familiar	Individual ou Familiar	Individual ou Familiar	Individual ou Familiar	Individual ou Familiar	Individual ou Familiar
Segmentação Assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia
Abrangência Geográfica	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Municipal
Área de Atuação	São Paulo, Barueri, Guarulhos, Mauá, Osasco, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Taboão da Serra.	São Paulo, Barueri, Guarulhos, Mauá, Osasco, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Taboão da Serra.	São Paulo, Guarulhos, Barueri, Santo André, São Bernardo, São Caetano do Sul, Mauá, Osasco	São Paulo, Guarulhos, Barueri, Santo André, São Bernardo, São Caetano do Sul, Mauá, Osasco	São Paulo, Guarulhos, Barueri, Santo André, São Bernardo, São Caetano do Sul, Mauá, Osasco	São Paulo, Guarulhos, Barueri, Santo André, São Bernardo, São Caetano do Sul, Mauá, Osasco	São Paulo (Capital)
Acomodação em Internação	Coletiva (Enfermaria)	Individual (Apartamento)	Coletiva (Enfermaria)	Individual (Apartamento)	Individual (Apartamento)	Individual (Apartamento)	Coletiva (Enfermaria)
Fator Moderador	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação
Formação do Preço	Pré-pagamento	Pré-pagamento	Pré-pagamento	Pré-pagamento	Pré-pagamento	Pré-pagamento	Pré-pagamento
Serviços e Coberturas Adicionais	Emergência fora da Abrangência Geográfica	Emergência fora da Abrangência Geográfica	Emergência fora da Abrangência Geográfica	Emergência fora da Abrangência Geográfica	Emergência fora da Abrangência Geográfica	Emergência fora da Abrangência Geográfica	Não possui

Atenção: Nenhum dos planos do Qsaúde possui reembolso, com exceção dos casos legais previstos na regulamentação em vigor.



Algumas informações sobre o prontuário médico

Todos os atendimentos ambulatoriais realizados pelos beneficiários, sejam eles por intermédio do Médico de Família, Médico Especialista ou demais profissionais e instituições de saúde, serão registrados em prontuário eletrônico do sistema QSaúde.

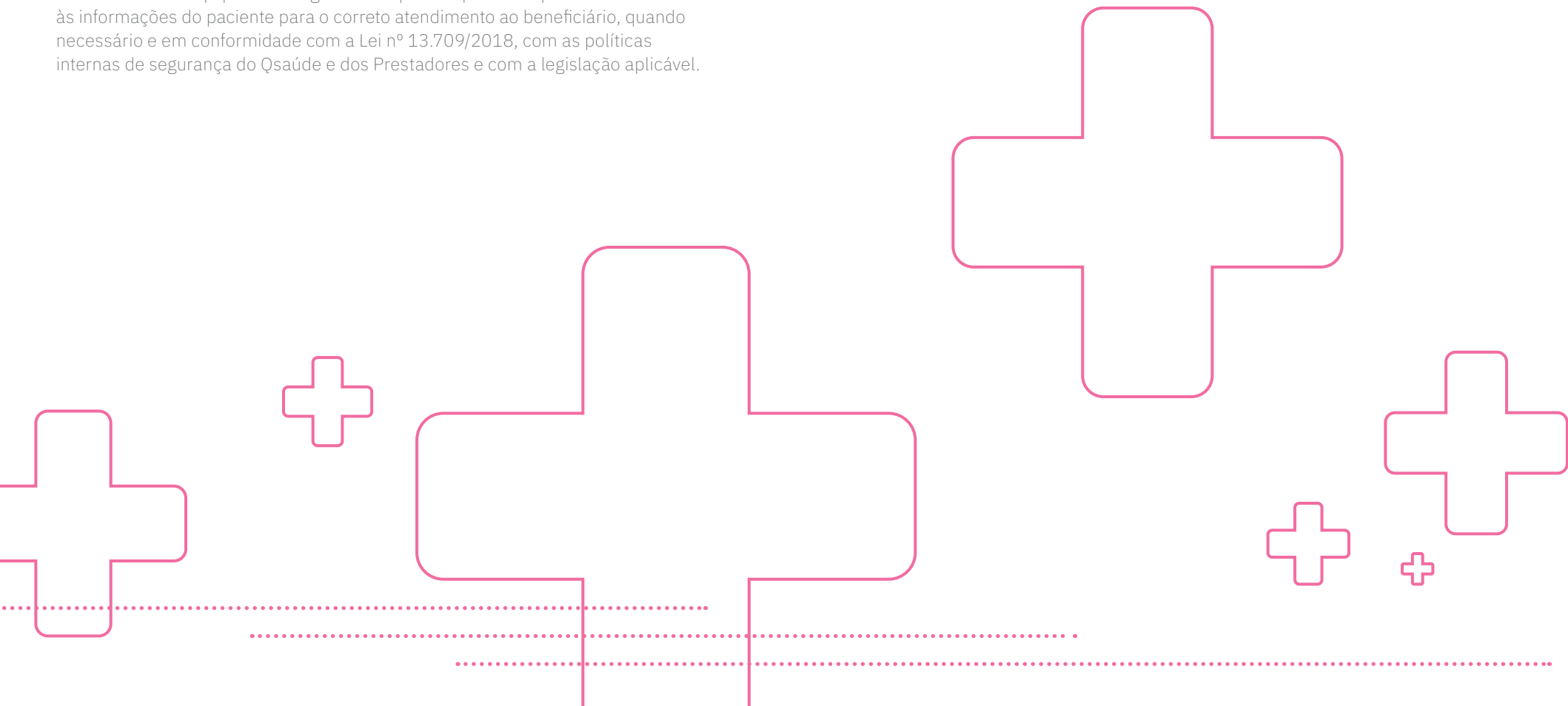
Essas informações alimentarão e permitirão o controle e readequação do perfil de saúde do beneficiário e, conseqüentemente, a linha de cuidado adequada.

O acesso ao prontuário eletrônico e conseqüentemente às informações será controlado e seguro, mediante login e senha, conforme as regras de confidencialidade e de sigilo médico, permitindo que os médicos da rede referenciada e a equipe médica gestora do plano e parceiros possuam acesso às informações do paciente para o correto atendimento ao beneficiário, quando necessário e em conformidade com a Lei nº 13.709/2018, com as políticas internas de segurança do Qsaúde e dos Prestadores e com a legislação aplicável.

COPARTICIPAÇÃO

Para todos os planos constantes neste Manual, a Operadora adota o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário, após a realização de determinados procedimentos.

A única hipótese de cobrança de coparticipação será aquela decorrente de internação após 30 dias, contínuos ou não, por ano de vigência do contrato. Nesse caso, a partir do 31º dia de internação psiquiátrica, será cobrado o percentual de 50% do valor contratado entre o Qsaúde e o respectivo prestador de serviço de saúde.



2

VALIDAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTOS (VPP)

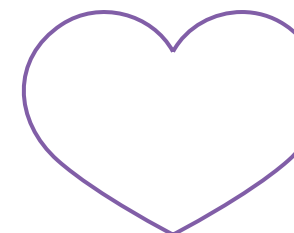
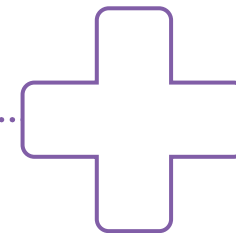
A realização de todos os procedimentos médicos e dos serviços previstos neste manual dependerão de validação prévia do Qsaúde, mediante avaliação do relatório médico e de documentos complementares.

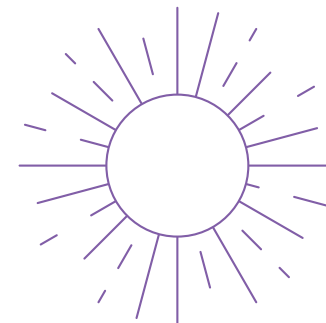
Para realizar os procedimentos cobertos e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, além de observar se eles estão vigentes no momento da realização, é imprescindível que o beneficiário siga as regras dos mecanismos de regulação assistenciais descritas neste manual, principalmente a necessidade de sempre buscar um Médico de Família para obter encaminhamento e solicitações de validação prévia, a não ser que sejam casos de urgência e emergência.

COMO FUNCIONA A VALIDAÇÃO PRÉVIA?

Ela será concedida pela Operadora após a análise das solicitações especificadas pelo Médico de Família ou pelo Médico Especialista (quando encaminhado pelo Médico de Família), observando-se que:

- a. haverá a hierarquização dos serviços assistenciais, com o estabelecimento de níveis de complexidade da atenção à saúde, de acordo com a necessidade de cada beneficiário;
- b. haverá o direcionamento ao centro de referência para internações clínicas e cirúrgicas, com acompanhamento do corpo clínico do Centro de Referência pelo TimeQ;
- c. haverá o direcionamento de Centros de Diagnósticos e Terapêuticos de Referência para a realização de exames complementares e terapias diversas;
- d. a validação prévia será dada de acordo com a regulamentação vigente, obedecendo-se, em todos os casos, os prazos máximos de atendimento previstos pela ANS.





INTERNAÇÕES

Para a realização de todos os tipos de internações, sejam elas: eletivas clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas, haverá a necessidade de solicitação de validação prévia.

EXAMES E PROCEDIMENTOS

Para determinados exames e procedimentos será necessário a solicitação da validação prévia. Entre em contato o Qsaúde para saber quais são eles.

REMOÇÕES

Não serão reembolsadas despesas de remoção sem a prévia validação do Qsaúde.

COMO SOLICITAR VALIDAÇÃO PRÉVIA?

Entre em contato com os Canais de Atendimento do Qsaúde, localizados no início deste Manual.




3

CARÊNCIAS

Carências são os períodos nos quais o beneficiário titular e seus beneficiários dependentes, mesmo que em dia com o pagamento do plano, não terão direito a determinadas coberturas. Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes.

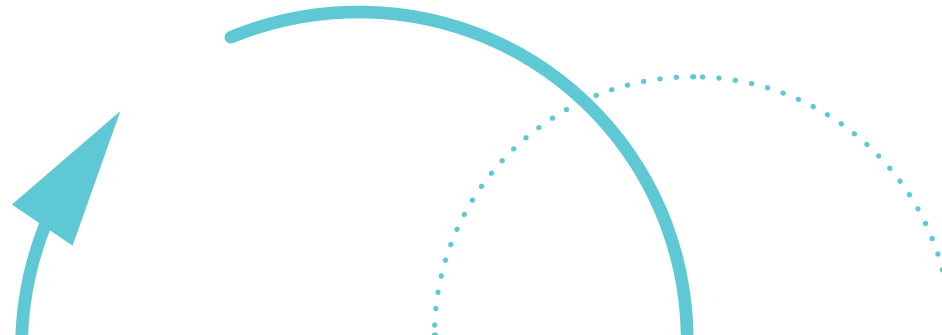
A tabela a seguir define a carência contratual, que é o período máximo que poderá ser aplicado ao contrato.



Grupos de carência	Cobertura	Prazos de carências contratuais
Grupo 0	Atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais.	24 horas
Grupo 1	Consultas médicas	24 horas
Grupo 2	Exames, terapias e procedimentos não abrangidos pelos demais grupos de carência, além de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais com porte anestésico zero.	180 dias
Grupo 3	Internações hospitalares, procedimentos (exames e terapias) de Alta Complexidade - PAC, assim definidos no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS e procedimentos cirúrgicos com utilização de anestesia.	180 dias
Grupo 4	Parto a termo	300 dias

EXISTE REDUÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA?

Em determinados casos, alguns dos prazos de carência contratuais previstos no quadro acima poderão ser reduzidos. Essa possibilidade acontecerá exclusivamente nos casos de proponentes que, no momento da adesão a este plano de saúde, atendam, comprovadamente, às condições definidas pelo Qsaúde. A possibilidade de redução de carências é analisada de forma individual, para cada proponente (titular ou dependente) elegível a essa redução, e essa possibilidade está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da Operadora.



COMO FUNCIONA PARA DEPENDENTES RECÉM-NASCIDOS?

O recém-nascido, natural, adotivo, sob guarda ou tutela, inscrito em até 30 dias do nascimento, da guarda ou da tutela, obedecerá ao seguinte, quanto ao cumprimento da carência:

- a.** caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou
- b.** caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

Não é possível a alegação de Doença ou Lesão Preexistente (DLP) quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 dias a contar do nascimento, da guarda, tutela ou adoção. Após este prazo poderá ocorrer arguição de DLP, bem como a imposição de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

COMO FUNCIONA PARA MENORES DE 12 ANOS?

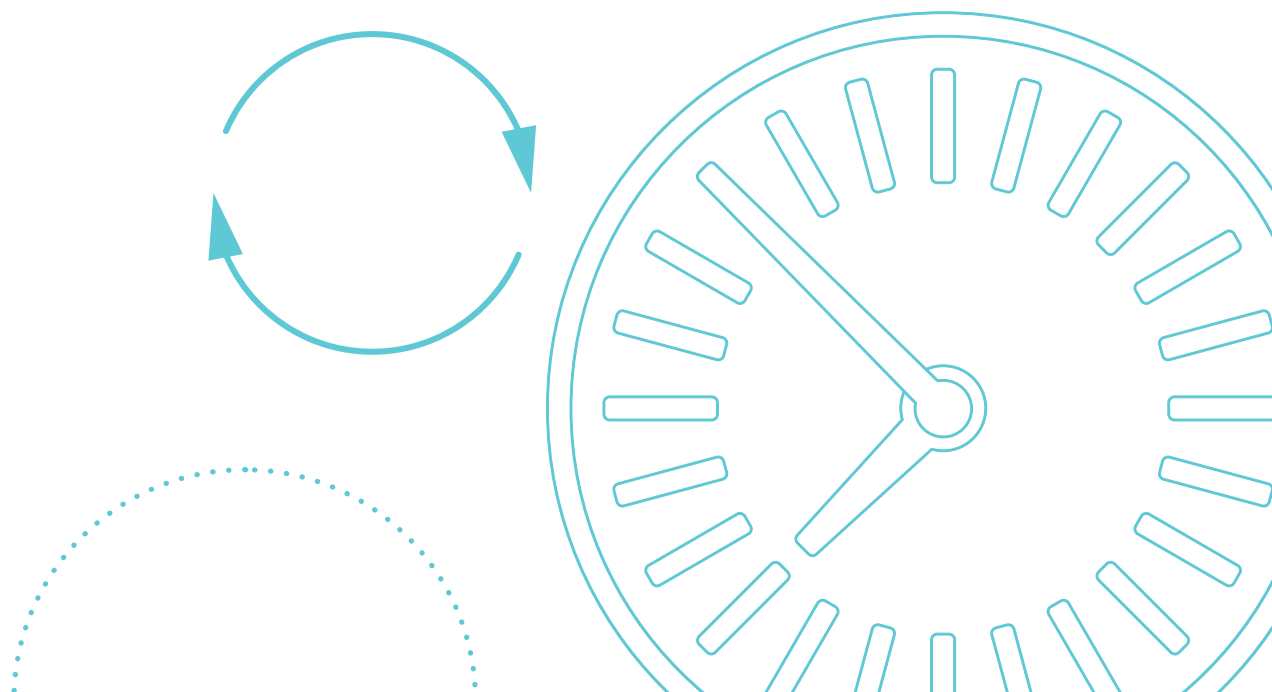
A inclusão de menor de 12 anos adotado por beneficiário, ou sob sua guarda ou tutela, inscrito no plano em até 30 dias a contar da adoção, guarda ou tutela, aproveitará os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.

A inclusão do menor de 12 anos, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, inscrito no plano em até 30 dias do reconhecimento, aproveitará os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai.

Não é possível a alegação de DLP quando o filho menor de 12 anos for inscrito nos primeiros 30 dias a contar da guarda, tutela, adoção ou do reconhecimento de paternidade. Após esse prazo, poderá ocorrer alegação de DLP, bem como a imposição de CPT.

COMO FUNCIONA PARA RECÉM-CASADOS?

Os recém-casados incluídos no plano em até 30 dias do matrimônio ou da união estável aproveitarão os prazos de carências já cumpridos pelo beneficiário titular.



4

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

É a cobertura que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da vigência do beneficiário no plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) declaradas pelo proponente ou seu representante legal.

Os Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, disponível no site www.ans.gov.br.



O QUE É DLP (DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES)?

São aquelas doenças de que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde. Os beneficiários com essas doenças declaradas deverão cumprir Cobertura Parcial Temporária (CPT).

DECLARAÇÃO DE SAÚDE E CPT

A informação acerca das DLPs deverá ser fornecida através do preenchimento da Declaração de Saúde. O proponente tem o direito de preencher esse documento mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede referenciada, sem qualquer ônus ou ainda por um médico particular, da sua preferência e, nesse caso, devendo assumir o ônus financeiro dessa orientação.

O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, na qual devem ser declaradas as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação do plano de saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

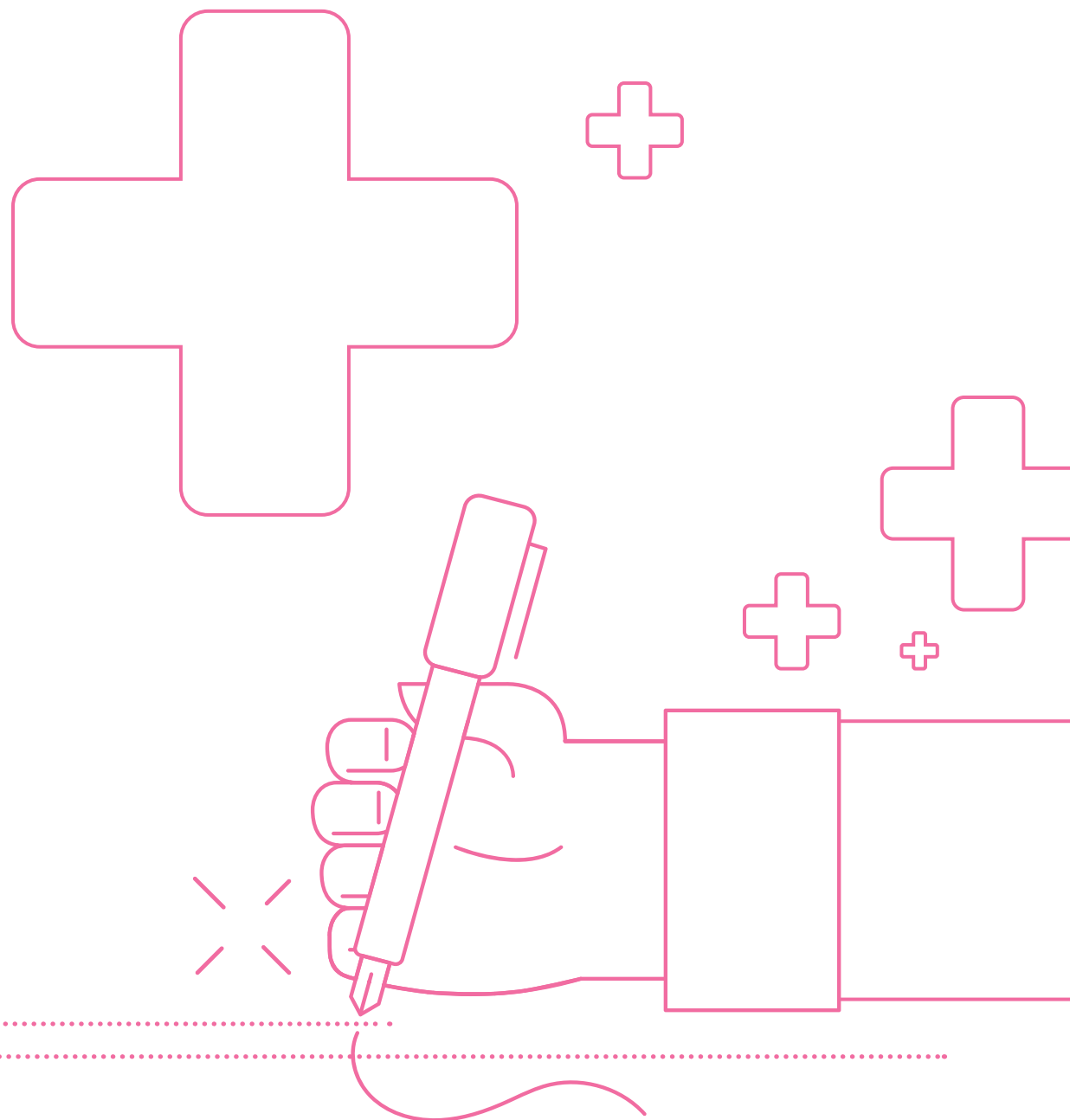
Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), a Operadora oferecerá a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Na hipótese de CPT, a Operadora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os PAC, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente (DLP).

Nos casos de CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do beneficiário no plano, a cobertura assistencial passará a integral, de acordo com Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, respeitando-se sempre a segmentação assistencial do plano contratado.

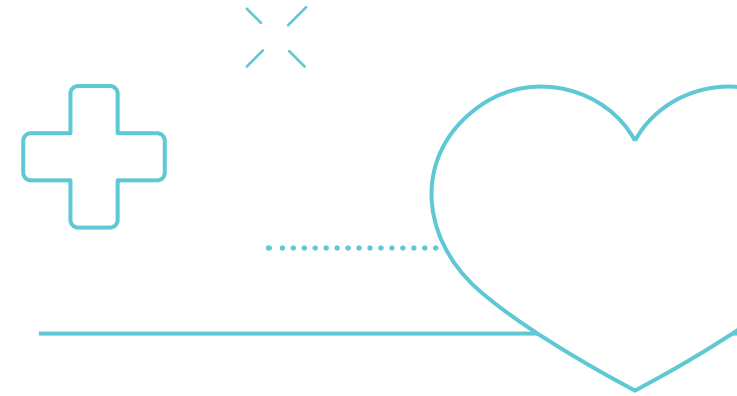
ATENÇÃO

Caso haja indícios de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário pelo Termo de Comunicação ao Beneficiário. A Operadora poderá oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 meses da adesão ao plano. Além disso, a Operadora solicitará a abertura de processo administrativo na ANS se houver indício de fraude, ocasião em que poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente. Após julgamento e acolhida a alegação da Operadora pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DLP, pela Operadora, bem como poderá ser excluído do contrato. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do beneficiário até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.



5

PAGAMENTO E SUSPENSÃO/ RESCISÃO DO CONTRATO POR INADIMPLÊNCIA



PAGAMENTO

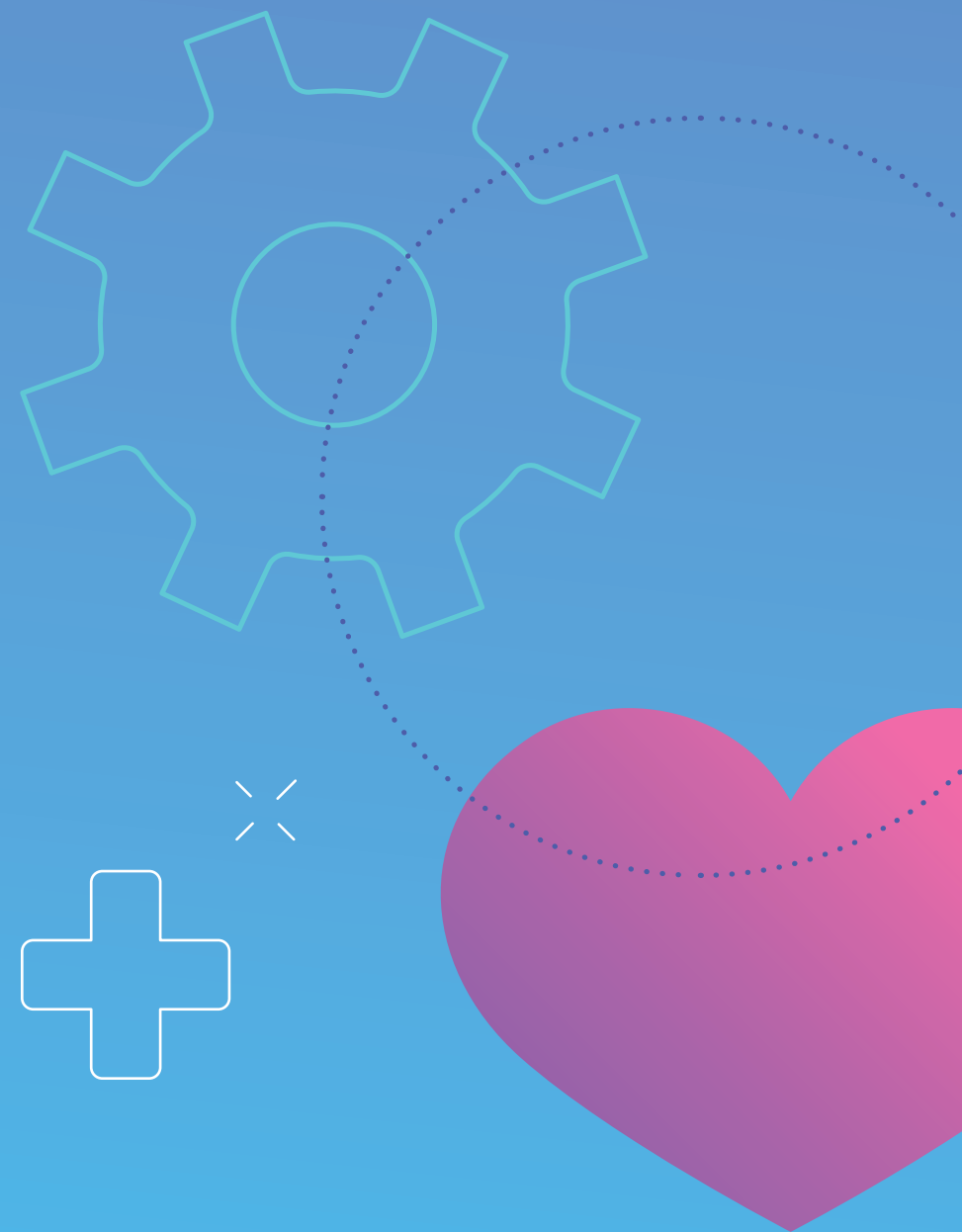
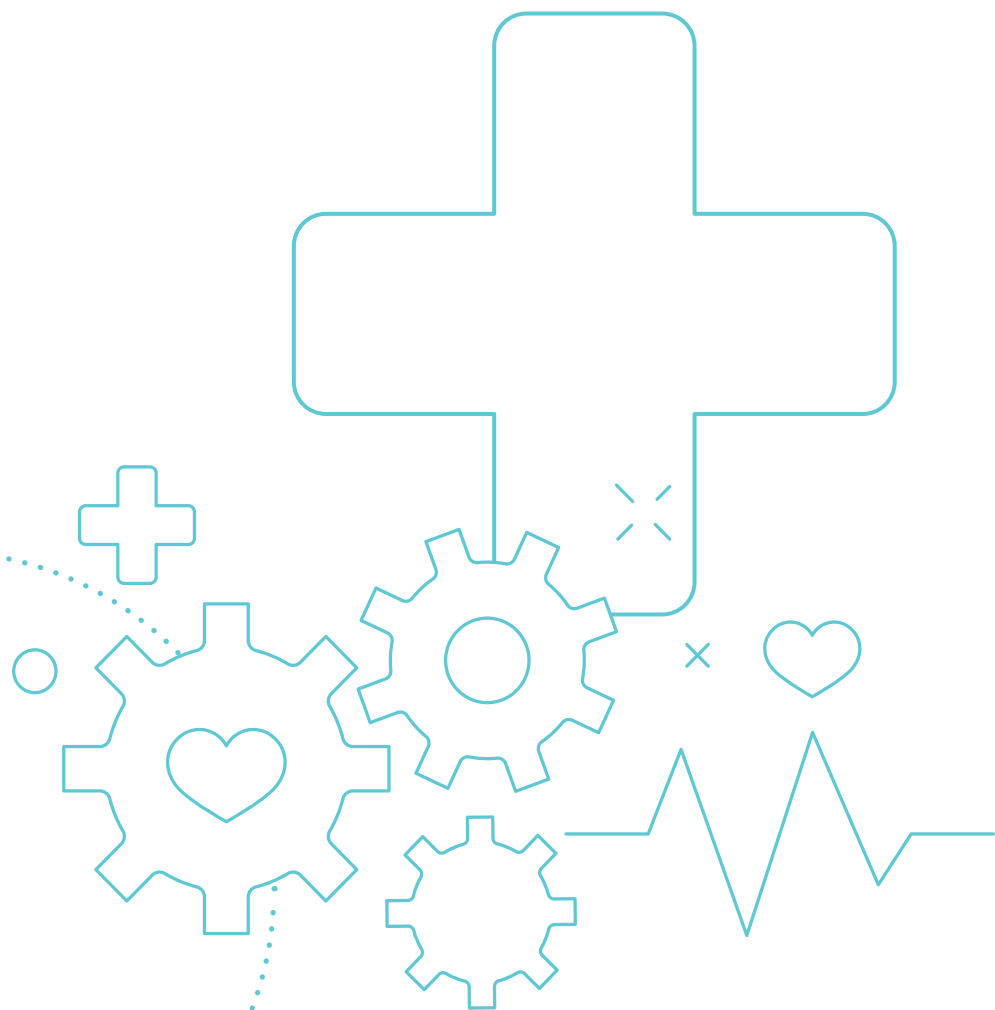
O valor mensal do plano é fixado de acordo com a faixa etária do beneficiário e do plano contratado.

O valor do boleto será composto pela soma das mensalidades individuais de cada beneficiário vinculado ao Contrato, bem como de eventuais valores de coparticipação.

A data de vencimento do boleto será aquela escolhida pelo beneficiário titular no momento de contratação do plano.

SUSPENSÃO / RESCISÃO DO PLANO DE SAÚDE POR INADIMPLÊNCIA

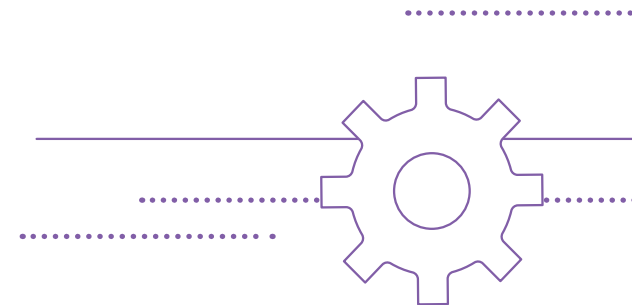
O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, durante os últimos doze meses de vigência do contrato, implicará na sua suspensão ou rescisão, desde que o beneficiário titular seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.





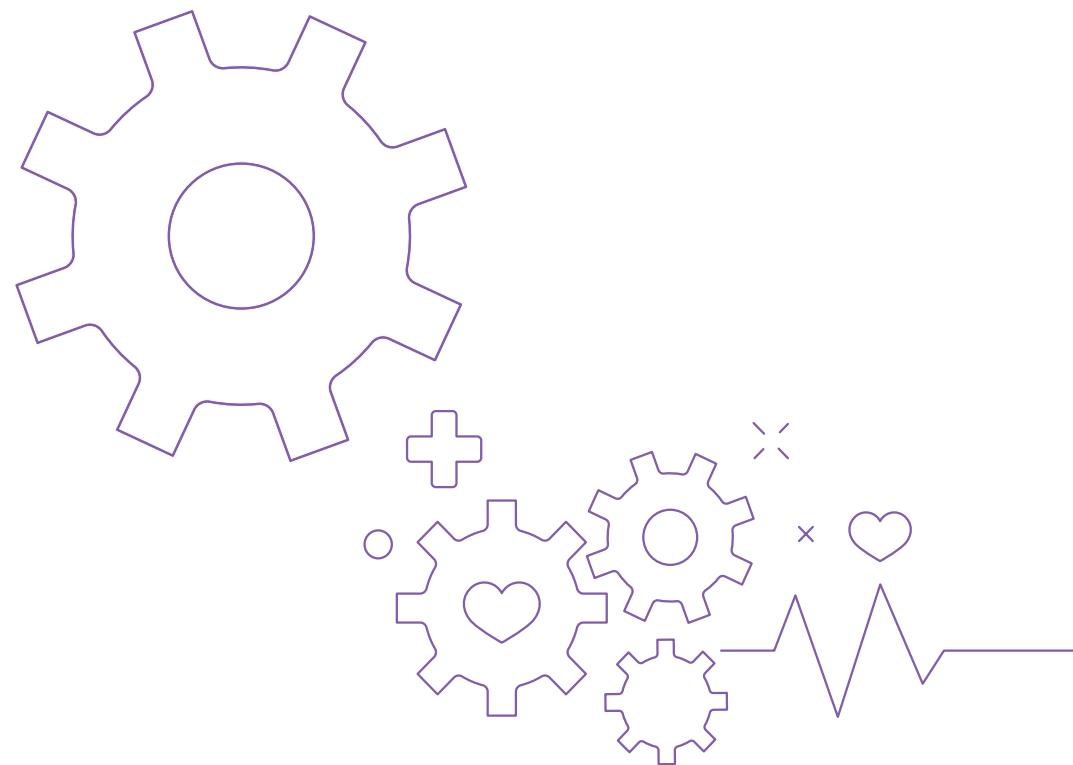
REAJUSTES

Independentemente da data de adesão de cada beneficiário (titular ou dependente) ao contrato, a mensalidade do plano de saúde será reajustada anualmente na data de aniversário do contrato. A mensalidade também sofrerá ajuste em caso de mudança da faixa etária do beneficiário.



COMO FUNCIONA O REAJUSTE?

O reajuste do plano é realizado anualmente na data de aniversário do contrato de acordo com o percentual de reajuste definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



AJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

O reajuste anual do contrato não se confunde com o ajuste por mudança de faixa etária. Os valores mensais do plano são estabelecidos com base na faixa etária do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) e serão ajustados, automaticamente, no mês subsequente ao aniversário de cada beneficiário, ao ocorrer mudança de faixa etária, conforme os percentuais máximos estabelecidos abaixo:

Faixa etária	Qfácil	Qfácil Plus	Qconforto II	Qconforto Plus II	Qdemais II	Qtop II	Referência - Individual ou Familiar
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	30,18%	30,18%	41,30%	41,30%	41,30%	41,30%	41,30%
De 24 a 28 anos	13,64%	13,64%	36,54%	36,54%	36,54%	36,54%	36,54%
De 29 a 33 anos	16,00%	16,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De 34 a 38 anos	3,45%	3,45%	7,44%	7,44%	7,44%	7,44%	7,44%
De 39 a 43 anos	16,67%	16,67%	2,63%	2,63%	2,63%	2,63%	2,63%
De 44 a 48 anos	25,71%	25,71%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%
De 49 a 53 anos	27,27%	27,27%	17,20%	17,20%	17,20%	17,20%	17,20%
De 54 a 58 anos	11,61%	11,61%	19,84%	19,84%	19,84%	19,84%	19,84%
59 anos ou mais	37,60%	37,60%	28,86%	28,86%	28,86%	28,86%	28,86%

ATENÇÃO

A inexistência de ajuste por mudança de faixa etária a partir dos 60 anos de idade não inviabiliza e nem prejudica a realização do reajuste anual do contrato.



qsaude.com.br

