

Cobertura Contratual

ABRANGÊNCIA DO PLANO EMPRESARIAL HOSPITALAR COM/SEM OBSTETRÍCIA:

-ATENDIMENTO 24 horas;

I - AS CONSULTAS DE URGÊNCIA serão realizadas com médico plantonista no HOSPITAL OSWALDO CRUZ, sem fator moderador. Para as consultas de urgência fora do município, usa-se o sistema de reembolso de despesas médico-hospitalares.

Consultas médicas eletivas realizadas em Horizontina:

- **Consulta:** em qualquer especialidade, com **fator moderador;**

- **Consultas médicas eletivas fora de Horizontina:** realizadas com médicos credenciados pelo Plano de Saúde HOC-MED será cobrado **fator moderador** consulta, com autorização da Administração do Plano.

II - Serviços auxiliares de Diagnóstico e Tratamento:

a) Para todos os exames realizados em Horizontina: sem limite contratual com co-participação do usuário de 20%. Estes serviços incluem: exames laboratoriais, Endoscopias em geral, Ecografias em geral (em todos os órgãos), exames radiológicos simples ou contrastados, exames oftálmicos.

b) Para todo e qualquer exame realizado fora do município, em serviços credenciados: Com co-participação pelo usuário de 50% do valor do exame.

Estes exames incluem Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Densitometria Óssea, Mamografias, entre outros.

c) Fisioterapia: Com direito a 12 (doze) sessões de fisioterapia por cada período contratual assim distribuído:

* 1as 12 sessões acumuladas ou não, com co-participação do usuário de 20%.

III - ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

No Ambulatório do Hospital Oswaldo Cruz, com direito a atendimento integral sem participação do usuário. Estes atendimentos incluem: verificação de TA, curativos, aplicação de injeções, biópsia, drenagem, colocação e retirada de gessos, suturas e pequenas cirurgias, nebulizações, atendimento inicial de urgência, retirada de pontos, e outros procedimentos ambulatoriais.

IV-PARA ATENDIMENTOS ESPECIALIZADOS FORA DE HORIZONTINA: quimioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal; radioterapia inclusa radiomoldagem braquiterapia, cineangiocoronariografia, cintilografia, hemoterapia, nutrição enteral e parenteral, psiquiatria, com co-participação de 80% do usuário sobre o valor, total das despesas médicos-hospitalares. (Reembolso tabela AMB/92).

ESCOLHA DE PROFISSIONAIS:

Os beneficiários terão direito a livre escolha dentre os médicos conveniados, estendendo-se aos hospitais, Clínicas e instituições que mantêm vínculo com o sistema, exceto nos casos de urgência, onde o beneficiário dependente necessite de imediata prestação de assistência médico-hospitalar, serão reembolsados os valores gastos, uma vez a tabela AMB/92.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA:

Os atendimentos fora de horário normal dos consultórios, nos feriados, ou à noite, serão realizados no serviço de atendimento do H.O.C. pelo Médico Plantonista, ou sistema de reembolso.

ACOMODAÇÕES:

Os beneficiários terão direito a internação hospitalar, sempre que indicada pelo médico, **em acomodação privativa EM HORIZONTINA E FORA DE HORIZONTINA - SEMI-PRIVATIVA.** (Fora da área de cobertura Reembolso tabela AMB/92).

Se houver opção em acomodações diferenciadas em Horizontina haverá somente cobrança referente diferença de acomodações:

COBERTURA DO PLANO:

Durante o período de internação Hospitalar em Horizontina, respeitados os limites de permanência e as co-participações anuais, são cobertas as despesas de internação com: Honorários médicos e diárias hospitalares; Diárias de um acompanhante para pacientes menores de 12 anos; Despesas com taxa de salas de observação, bloco cirúrgico, sala de recuperação e sala de parto; Gastos com medicamentos durante o período de internação; Encargos com serviços especializados e integrantes do tratamento prescrito pelo médico assistente; Aplicações de sangue, plasma,

nebulizações e oxigênio; Exames realizados durante a internação, de acordo com o estabelecimento nas cláusulas do presente Contrato.

COBERTURA EM HOSPITALIZAÇÃO:

Os beneficiários terão direito a internação hospitalar, sempre que indicada pelo médico, em acomodação privativa em Horizontina, e em acomodação semi-privativa para internação fora de Horizontina, obedecidos os seguintes índices de co-participação por beneficiário. (Fora da área de cobertura Reembolso Tabela AMB/92).

INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM HORIZONTINA:

Cobertura integral nos primeiros 30 (trinta) dias por ano acumulados ou não para todos os casos clínicos e cirúrgicos, do 31^a ao 60^a dias uma co-participação do usuário de 50%, do 61^a ao 90^a dia uma co-participação do usuário de 75% e do 91^a dias em diante uma co-participação do usuário de 90% das despesas médico-hospitalares (valores da tabela AMB/92, CH=0,32).

ATENDIMENTOS NOS CENTROS DE PREMATURIDADE:

Cobertura integral nos 10 (dez) primeiros dias para prematuros atendidos em centro de prematuridade; do 11^a dia ao 20^a dia uma co-participação do usuário de 50%, dos 21^a dia em diante uma co-participação do usuário de 75% , das despesas médico-hospitalares (valores da tabela AMB/92, CH=0,32).

ASSISTÊNCIA MÉDICA FORA DO MUNICÍPIO REEMBOLSO:

O reembolso das consultas e a restituição de pagamento a médico e clínicas não credenciadas ocorrem quando os beneficiários necessitarem de atendimento de urgência ou beneficiário em trânsito. Fica a cargo do beneficiário os custos de acomodação opcional superior não prevista ou diferenças hospitalares.

PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS PELO PLANO:

Em qualquer dos planos e módulos ficam excluídos os serviços não expressos neste Contrato e os relacionados abaixo:

1. Cirurgia plástica estética, incluindo procedimentos ambulatoriais para fins estéticos, mamoplastia redutora, cirurgia plástica recuperadora para tratamento de seqüelas existentes antes da assinatura do Contrato.
2. Atendimento domiciliar.
3. Correção de má formação congênita e suas conseqüências, exceto para os nascidos na vigência do Contrato com parto coberto pela **CONTRATADA**.
4. Aparelhos estéticos e seus acessórios bem como órteses e próteses para substituição ou complementação de função, bem como aparelhos de surdez, válvulas, marca passo, catéteres similares.
5. Exames, cirurgias, tratamento, ou procedimentos relacionados à fecundação ou anticoncepção, bem como não permitidos pelo código de ética médica.
6. Tratamentos especializados não previstos no plano escolhido.
7. Transporte de pacientes por ambulância ou passagens para deslocamentos, dentro da abrangência prevista.
8. Transplante de qualquer natureza, procedimentos estéticos ou para implantes em geral.
9. Tratamentos odontológicos, inclusive nos casos de traumatismos buco dentários, ainda que decorrentes de acidentes pessoais.
10. Quaisquer atendimentos em caso de calamidade pública, atos da natureza, guerras, revoluções, epidemias, envenenamentos coletivos, ou qualquer outra causa que atinja maciçamente os funcionários da **CONTRATANTE** e ou a população.
11. Exames pré admissionais, exames para freqüentar piscinas, bem como check-up preventivo.
12. Cirurgia para miopia, hipermetropia e astigmatismo.
13. Tratamentos de doenças ou lesões existentes antes da inclusão do usuário e de complicações delas decorrentes, com carência de 2 (dois) anos.
14. Medicina preventiva no tratamento ortomolecular, nutrólogos, acupuntura e outros análogos.
15. Cirurgias cardíacas.

CARÊNCIAS:

Consultas de emergência e urgência sem carência. (Acidentes pessoais)

Para consultas eletivas em Horizontina, ou fora carência de 30 dias.

Para exames realizados em Horizontina carência em 60 dias

Para exames realizados fora de Horizontina, carência de 90 dias.

Para internações clínicas carência de 90 dias.

Para internações cirúrgicas de urgência carência de 180 dias.

Para atendimentos especiais e exames sofisticados fora de Horizontina carência de 180 dias.

Para internações psiquiátricas com carência de 300 dias.

Para internações obstétricas e cirurgias carência de 300 dias.

Fone: 55 3537-4233 ou 3537-1204 e-mail hocmed@oswaldocruz.com.br

Plantão 24h +55 (55) 9623-4209 (Rosamaria)

Rua Oswaldo Cruz, 154 – Centro – Horizontina - RS