

PLANO **MSV** | METRUS SAÚDE VIDA

REGULAMENTO DE PLANO
COLETIVO EMPRESARIAL
DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



ÍNDICE

1.	QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA	03
2.	OBJETO DO PLANO	03
3.	NATUREZA JURIDICA	03
4.	FORMAÇÃO DE PREÇO	03
5.	NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	03
6.	TIPO DE CONTRATAÇÃO	03
7.	TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	03
8.	ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E DE ATUAÇÃO	03
9.	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO	03
10.	SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS	04
11.	DEFINIÇÕES	04
I.	ATRIBUTOS DO REGULAMENTO	09
II.	CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	09
III.	COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	10
IV.	PRODUTOS E SERVIÇOS EXCLUÍDOS	13
V.	VIGÊNCIA	14
VI.	PERÍODOS DE CARÊNCIA	15
VII.	DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	15
VIII.	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	15
IX.	MECANISMO DE REGULAÇÃO	16
X.	FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	18
XI.	REAJUSTE POR VARIAÇÃO DE CUSTOS	19
XII.	REAJUSTE POR VARIAÇÃO DE FAIXAS ETÁRIAS	20
XIII.	CONDIÇÕES PARA A PERDA DA QUALIDADE BENEFICIÁRIO	20
XIV.	RESCISÃO/SUSPENSÃO	20
XV.	DISPOSIÇÕES GERAIS	20
XVI.	ELEIÇÃO DO FORO	22

1 QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1 METRUS – INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL, Entidade Fechada de Previdência Complementar, constituído sob a forma de sociedade civil, sem fins lucrativos, com sede e foro na cidade de São Paulo, Capital do Estado de São Paulo, na Alameda Santos, nº 1827 – 17º andar, inscrito no CNPJ/MF sob o n.º 44.857.357/0001-66, denominado Metrus, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde com registro na ANS sob o nº 38066-1, classificado, de acordo com a legislação vigente, na modalidade de Autogestão com patrocinadores.

2 OBJETO DO PLANO

2.1 Garantir a cobertura de custos assistenciais de forma continuada, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais pertencentes a rede credenciada, decorrentes de eventos cobertos, quais sejam, aqueles relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, para o tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças – CID vigente, observados os limites do plano de saúde contratado e de acordo com as demais disposições deste Regulamento e da legislação vigente.

3 NATUREZA JURIDICA

3.1 Este plano se caracteriza pela contratação coletiva, de adesão, bilateral e aleatória, gerando direitos e obrigações entre as partes, conforme disposto no Código Civil Brasileiro.

4 FORMAÇÃO DE PREÇO

4.1 Os valores das mensalidades correspondentes à cobertura assistencial serão pré-estabelecidos e serão reajustados a cada 12 meses, combinando fatores financeiros e de sinistralidade, mediante estudos atuariais.

5 NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

5.1 O nome comercial do plano, o Metrus Saúde Vida (MSV), ora contratado está devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o número de registro 504.109/25-1 e as características estão especificadas ao longo deste regulamento.

6 TIPO DE CONTRATAÇÃO

O tipo de contratação do presente Regulamento é Coletivo Empresarial.

7 TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial deste Regulamento é Ambulatorial e Hospitalar sem Obstetrícia.

8 ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E DE ATUAÇÃO

A área de abrangência geográfica do plano será Regional, com atuação restrita ao Município de São Paulo/SP.

9 PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

O padrão de tipo de acomodação será Coletiva (enfermaria), correspondente a quarto com dois ou mais leitos hospitalares.

9.1. Caso não haja leito disponível conforme estabelecido para o Plano de Saúde contratado em hospitais da Rede Credenciada, o beneficiário poderá ter acesso à acomodação superior, sem qualquer ônus adicional.

9.2. Caso haja disponibilidade de acomodação conforme Plano de Saúde contratado pelo beneficiário, mas este opte por atendimento em acomodação superior, o mesmo pagará pelas diferenças de custos diretamente ao(s) Prestador(es), não existindo, neste caso, direito a qualquer reembolso pelo Metrus dos valores adicionais pagos.

9.3. Caso o beneficiário necessite de acomodação especial, como centro de terapia intensiva, unidades especiais, isolamento, entre outras, que não disponha de acomodação para acompanhante, cessa o direito do acompanhante a qualquer tipo de acomodação durante o período em que o beneficiário internado permanecer em acomodação especial.

10 SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS

Não haverá qualquer serviço ou cobertura adicional.

11 DEFINIÇÕES

11.1 Abrangência Geográfica: Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

11.2 Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, involuntário, súbito e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessário atendimento em regime ambulatorial ou internação hospitalar.

11.3 Acidente de Trabalho: É o evento ocorrido com o Beneficiário pelo exercício do trabalho a serviço da empresa empregadora, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho.

11.4 Acomodação: Tipo de acomodação que os Beneficiários têm direito em caso de internação.

11.5 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): Autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais,

inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

11.6 Agregado: É o beneficiário que mantém dependência econômica com o beneficiário titular e que não se enquadra na abrangência do grupo familiar.

11.7 Aposentado por Invalidez decorrente de Acidente do trabalho: É aquele que se aposenta antes de completar o período para aposentadoria normal por tempo de serviço por motivo de invalidez decorrente de acidente do trabalho.

11.8 Assistência Médica e Hospitalar: É o conjunto de atos médico-hospitalares ou complementares, compreendendo as ações necessárias à prevenção, recuperação, manutenção e reabilitação da saúde do beneficiário, observados os dispositivos legais e as disposições do Regulamento.

11.9 Atendimento Ambulatorial: É o atendimento que se limita aos serviços realizados em consultórios ou ambulatórios, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora não necessite de internação, dependa de apoio de estrutura hospitalar por período não superior a 12 (doze) horas.

11.10 Autorização Prévia: É a autorização de atendimento fornecida pela operadora, por meio de senha, através da qual o beneficiário poderá realizar os procedimentos contratados junto à rede credenciada, dentro dos limites previstos na área de atuação do plano. Este processo se dá pela responsabilidade que o Metrus tem, enquanto operadora de saúde, de validar antecipadamente as condutas, eventos e procedimentos propostos pelo profissional assistente, e isso acontece por meio de análise técnica especializada, análise da aderência a

Protocolos e Diretrizes Clínicas e normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além da avaliação de indicação e pertinência técnicas, o que reflete o compromisso do instituto com a qualidade e a ética na gestão da saúde suplementar, priorizando sempre o cuidado eficiente, resolutivo e humanizado. A autorização prévia visa a garantir a segurança do beneficiário, a eficiência na gestão da sua saúde, assegurar que as condutas estejam alinhadas ao modelo de atenção adotado pela operadora, que prioriza o cuidado integral e centrado no paciente, e o combate ao uso excessivo ou inadequado de recursos, que comprometeriam a segurança do tratamento e onerariam o plano de saúde, refletindo nos índices de sinistralidade do plano e, em última análise, nos reajustes do preço do produto.

11.11 Beneficiário: Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

11.12 Carência: É o período corrido e ininterrupto, contado a partir da inclusão do beneficiário no plano contratado, durante o qual o beneficiário paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no Regulamento.

11.13 Cartão de Identificação Digital: Cartão de identificação do beneficiário, individual e personalizado, utilizado para sua identificação perante a operadora e rede credenciada.

11.14 Cobertura: É a garantia de custeio direto pela operadora ao prestador da rede credenciada, relativos à realização dos eventos e procedimentos médico hospitalares definidos neste Regulamento.

11.15 Cobertura Parcial Temporária – CPT: Cobertura assistencial que admite, num prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contado a partir da data de inclusão do beneficiário no Regulamento, a suspensão da cobertura de procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade (PAC), relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal na Declaração de Saúde (DS) quando do preenchimento do Termo de Adesão. Os procedimentos de alta complexidade são definidos e atualizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

11.16 Consulta de Retorno: Conforme definição do Conselho Federal de Medicina – CFM, é considerada qualquer consulta para fins de entrega e/ou avaliação de resultados de exames complementares ou, exclusivamente, para prescrição de medicamentos, mediante manifestação formal do prestador de serviços médico-hospitalares.

11.17 Coparticipação: É a parte efetivamente paga pelo beneficiário à operadora referente às despesas com Assistência Médica e Hospitalar, tais como, consultas, exames, tratamentos e internações. Como fator moderador de utilização, aplica-se observando os padrões do plano contratados e a categoria das despesas previamente definidas.

11.18 Declaração Pessoal de Saúde (DPS): É o formulário, que deve ser preenchido pelo Beneficiário Titular para registro de informações sobre as doenças ou lesões preexistentes de que saiba ser portador ou sofredor, bem como das quais tenha conhecimento no momento da contratação ou adesão contratual. O beneficiário titular deve também preencher as referidas informações sobre os dependentes que serão incluídos no plano. As informações da Declaração Pessoal de Saúde poderão ser verificadas também em uma Avaliação Qualificada realizada por um médico do instituto.

11.19 Dependente: É o beneficiário pertencente ao grupo familiar que mantém com o beneficiário titular um vínculo de parentesco (por consanguinidade ou afinidade) que o enquadra nos critérios de elegibilidade taxativos conforme definidos no presente regulamento.

11.20 Dependente Responsável: É o beneficiário que assume as responsabilidades por si e por todos os outros beneficiários ligados ao titular que venha a falecer.

11.21 Doença ou Lesão Preexistente (DLP): Toda doença ou lesão que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador à época da contratação do plano, e que deve ser declarada na Declaração de Saúde, tornando-se aplicável a Cobertura Parcial Temporária.

11.22 Emergência: Evento em que há risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, atestado por declaração do médico assistente que presta atendimento ao mesmo.

11.23 Evento: Ocorrência e/ou serviço de Assistência Médica e/ou Hospitalar, decorrente de acidente pessoal ou doença, que tenha como origem ou causa dano involuntário à saúde do beneficiário.

11.24 Evento Coberto: Todo evento ocorrido com o beneficiário cujas despesas com Assistência Médica e Hospitalar estejam previstas dentro das coberturas do Plano contratado.

11.25 Franquia: Haverá a participação dos usuários, na modalidade de franquia, assim entendida como o valor estabelecido em tabela própria a ser divulgada pelo Metrus, e que será pago pelo usuário, a exemplo do valor das mensalidades e da coparticipação. Os valores de franquia serão corrigidos de acordo com índice e periodicidade previstas na legislação vigente.

11.26 Grupo Familiar: É o grupo taxativo de beneficiários constituído pelo beneficiário titular, conforme critérios de elegibilidade, previsto no presente regulamento.

11.27 Hospital-Dia: É o regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial, por um período máximo de 12 (doze) horas.

11.28 Incentivado: É o beneficiário, ex-colaborador dos Patrocinadores, desligado em condições especiais que, conforme contrato e/ou condições estabelecidas entre as partes, pode utilizar-se temporariamente o Plano de Assistência à Saúde, oferecidos como benefício pelo Patrocinador aos seus empregados ativos.

11.29 Internação Hospitalar: Período de permanência hospitalar em regime de internação do beneficiário para tratamento clínico ou cirúrgico:

11.29.1 Internação Clínica: motivada por uma causa não cirúrgica;

11.29.2 Internação Cirúrgica: motivada por cirurgia ou que no decurso da internação clínica tenha sido necessária a realização de procedimento cirúrgico.

11.30 Leitos de Alta Tecnologia: Aqueles destinados ao tratamento intensivo e especializado em unidades ou centros de terapia intensiva e semi-intensiva.

11.31 Limites de Cobertura: Valores máximos de cobertura a que o Beneficiário tem direito, definidos no plano de saúde contratado, incluindo número de diárias e de sessões para as situações previstas na legislação vigente.

11.32 Limites de Desconto de Coparticipação: Poderá haver um limitador estipulado pelo Metrus para o desconto de coparticipação do beneficiário, o qual constará das tabelas

específicas que serão divulgadas e reajustadas de acordo com a legislação vigente e/ou avaliações atuariais.

11.33 Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde (MPS) e Guia de Leitura Contratual (GLC): Documentos que têm por objetivo informar ao beneficiário os principais aspectos a serem observados no momento da contratação do plano e a facilitar a compreensão do conteúdo do plano por meio da indicação das referências dos seus tópicos mais relevantes.

11.34 Manual do Beneficiário: Documento que contém instruções gerais para utilização do plano contratado.

11.35 Médico Assistente: Profissional médico devidamente habilitado, pertencente ou não à Rede Credenciada, responsável pela orientação, avaliação, indicação, acompanhamento e aplicação da conduta médica.

11.36 Operadora Congênere do Metrus: Operadora de planos de saúde com a qual o Metrus estabelece convênio para disponibilização (cessão) de rede credenciada aos seus beneficiários, nas condições legais e contratualmente estabelecidas.

11.37 Prestador: Pessoa Física ou Jurídica legalmente constituída e habilitada a prestar serviços de Assistência Médica e Hospitalar.

11.38 Procedimentos: São todos os atos médicos ou paramédicos relacionados na Tabela de Terminologia Unificada da Saúde Suplementar praticados ou não em regime de internação hospitalar, conforme necessidades inerentes à sua execução.

11.39 Procedimentos de Alta Complexidade (PAC): Aqueles relacionados no índice de procedimentos de alta complexidade que compõe o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data de realização do evento.

11.40 Produto: Conjunto de coberturas contratadas, composto pela abrangência geográfica, tipo de acomodação durante a internação hospitalar, rede credenciada de prestadores, e coparticipação. Convencionalmente, tem como sinônimo “plano de saúde”.

11.41 Rede Credenciada: Conjunto de prestadores contratados pelo Metrus e opcionalmente disponibilizados aos beneficiários para assistência à saúde.

11.42 Região de Saúde (RS): Espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

11.43 Regulamento: É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos às partes contratantes, aplicáveis ao produto Metrus contratado.

11.44 Representante Legal: Pessoa legalmente responsável pelo beneficiário, quando este for menor ou civilmente incapaz.

11.45 Responsável financeiro: Pessoa responsável pelos pagamentos das mensalidades, coparticipações, franquias e demais valores devidos pelo beneficiário.

11.46 Termo de Adesão Individual de Inclusão: Documento por meio do qual o beneficiário propõe a sua inclusão em um dos planos de saúde, informando seus dados pessoais, bem como declarando suas condições de saúde e a de seus dependentes, para a análise de aceitação do Metrus, de acordo com o rol de elegibilidade contratado e nos termos das condições especiais do regulamento.

11.47 Titular: É aquele beneficiário que mantém ou tenha mantido vínculo direto ou indireto com o instituto de previdência, e que se responsabiliza pelo cumprimento das obrigações e deveres, referentes a si próprio e aos seus dependentes.

11.48 Padrão TISS: Troca de Informações de Saúde Suplementar, é um padrão obrigatório para troca eletrônica de dados sobre beneficiários de planos de saúde entre operadoras e prestadores de serviços de saúde. O objetivo é padronizar as informações, reduzir a assimetria de informações e promover a interoperabilidade entre sistemas.

11.49 TUSS: Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - consolida o componente de representação de conceitos em saúde do Padrão para Troca de Informação na Saúde Suplementar.

11.50 Tratamento Experimental: É o tratamento que:

11.50.1 emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

11.50.2 é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO;

11.50.3 não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off- label).

11.51 Urgência: Situação que requer atendimento médico rápido, mas não apresenta risco imediato de morte.

I ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

1.1 O presente Regulamento tem por objetivo assegurar a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista na legislação vigente.

1.2 Este Regulamento vigorará com a cobertura de doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, e traça as diretrizes de plano de assistência à saúde com características de contrato de adesão.

1.3 O Metrus se compromete a prestar, à massa delimitada de beneficiários titulares e seus dependentes e agregados, inscritos no plano de saúde contratado, a Assistência Médica Ambulatorial, Hospitalar sem Obstetrícia, da seguinte forma:

a) Assistência Médico-Hospitalar sem Obstetrícia baseada no sistema de ordenação do cuidado, isto é, o beneficiário deve buscar um prestador da rede credenciada ambulatorial para atenção básica para toda e qualquer especialidade, com atendimento de médicos especialistas que deverão avaliar as condições e dar conduta de tratamento ou, sempre que entender necessário, encaminhá-lo aos serviços credenciados especializados de níveis secundário (clínica especializada, laboratório, etc.) e terciário (hospital), que compõem a Rede Credenciada por contratação direta e contratação indireta por meio de Convênios com outras Operadoras, na forma e condições deste Regulamento;

II CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Critérios de Elegibilidade

2.1.1 São elegíveis a ingressar no plano de saúde operado pelo Metrus o beneficiário

titular, dependentes e agregados que mantém ou tenha mantido vínculo direto ou indireto com o instituto de previdência.

2.1.2 O filho recém-nascido natural ou adotivo do participante titular poderá ser inscrito no plano de saúde administrado pelo Metrus a partir do nascimento ou da formalização do ato da adoção, desde que a inscrição seja solicitada no prazo previsto na legislação vigente, contado do fato gerador, sem aplicação de cláusula de cobertura parcial temporária e sem cumprimento de prazos de carências.

2.2 Sistemática de Adesão

2.2.1 No ato da solicitação de adesão formalizada pelo titular, o Metrus dará ciência ao mesmo acerca dos dispositivos regulamentares, com ênfase na cobertura de procedimentos, dos meios disponíveis para informação sobre a rede credenciada de prestadores, dos Convênios de Reciprocidade, da Central de Atendimento e de regulação do acesso aos serviços, do padrão de acomodação e de rede, da operação do plano em regime de pré-pagamento, da autossustentabilidade do plano e dos critérios de coparticipação e da entrega do Manual de Orientação para contratação de Planos de Saúde e o Guia de Leitura Contratual.

2.2.2 No caso de nova relação de dependência, caso a adesão não seja realizada no prazo previsto na legislação vigente, contado a partir do dia do fato gerador, a adesão será permitida posteriormente, porém, com cumprimento de período de carência regulamentar, inclusive, Cobertura Parcial Temporária - CPT.

2.2.3 Para o beneficiário titular ou algum de seus dependentes e agregados que estejam cumprindo carência no plano de saúde destinados aos empregados ativos, a adesão ao plano se fará com o cumprimento do período restante de carência.

2.2.4 Para os beneficiários agregados, será permitida a responsabilidade pela própria adesão e, por consequência, a responsabilidade financeira pelo produto, valendo-se deste princípio para eventual dependente do agregado (genros, noras, netos, filhos que atingiram a maioridade, etc.).

III COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 Respeitados os prazos de carência, inclusive aquelas decorrentes de Doenças e Lesões Preexistentes (DLP), as exclusões e as coberturas estabelecidas neste instrumento jurídico, os beneficiários terão cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10 e CID 11), dos procedimentos elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, observadas as diretrizes de utilização (DUT) e as diretrizes clínicas (DC).

3.2 As diretrizes de utilização (DUT) e as diretrizes clínicas (DC) definem critérios técnicos para a cobertura de alguns procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, sendo ambos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS e após validação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC).

3.3 Assistência Médico-Hospitalar

3.3.1 Os eventos e procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, que necessitem de médico anestesiológista terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

3.3.2 Em consonância com as Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde – ANS vigentes, incluem-se na cobertura obrigatória:

3.3.2.1 Procedimentos Realizados sob Regime Ambulatorial:

3.3.2.1.1 Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.3.2.1.2 Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

3.3.2.1.3 Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, definidos pela ANS;

3.3.2.1.4 Demais eventos em regime ambulatorial, conforme previsto na legislação vigente, incluindo-se o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e Diretrizes de Utilização definidas pela ANS;

3.3.2.1.5 Atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, de acordo com a legislação vigente;

3.3.2.1.6 Terapias Ambulatoriais consideradas especiais, respeitando as Diretrizes de Utilização e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigentes à época do evento incluindo:

3.3.2.1.7 Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

3.3.2.1.8 Quimioterapia oncológica ambulatorial e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, como definida na resolução normativa do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente;

- 3.3.2.1.9 Radioterapia ambulatorial;
- 3.3.2.1.10 Procedimentos radioterápicos previstos no Rol vigente, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- 3.3.2.1.11 Hemoterapia;
- 3.3.2.1.12 Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos do Rol;
- 3.3.2.1.13 Embolizações listadas nos Anexos do Rol;
- 3.3.2.1.14 Radiologia intervencionista;
- 3.3.2.1.15 Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- 3.3.2.1.16 Procedimentos de reeducação, habilitação, e reabilitação listados nos Anexos do Rol;
- 3.3.2.1.17 Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.
- 3.3.2.1.18 Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 3.3.2.1.19 Prioridade ao atendimento ambulatorial e em consultórios para o transtorno mental, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e por indicação do médico assistente, conforme resolução normativa que define o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

3.3.2.2 Procedimentos Realizados sob Regime de Internação:

- 3.3.2.2.1 Referem-se ao pagamento das despesas realizadas, decorrentes de Evento Coberto, nos limites fixados para o plano contratado, desde a data da internação até a data da alta hospitalar, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, e respeitados os termos e condições previstos neste Regulamento,

respeitada a cláusula de Exclusões de Coberturas e os prazos de carências, quando houver, com:

- 3.3.2.2.1.1 Honorários médicos, conforme Rol de procedimentos vigente, de acordo com os procedimentos efetivamente realizados, despesas com internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, incluindo diárias em centro de terapias intensiva ou similar;
- 3.3.2.2.1.2 Honorários do profissional médico anestesista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, caso haja indicação clínica;
- 3.3.2.2.1.3 Segundo avaliação do médico assistente, os atendimentos hospitalares poderão ocorrer em regime designado como hospital-dia, conforme disposto neste Regulamento;
- 3.3.2.2.1.4 Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, para a segmentação hospitalar, realizado por profissional habilitado por seu Conselho de Classe, conforme disposto na Resolução Normativa vigente, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- 3.3.2.2.1.5 Diárias hospitalares e diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou similar, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade, bem como as despesas (acomodação e alimentação fornecida pelo próprio hospital) relativas ao acompanhante para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, a partir de 60 (sessenta) anos de idade e com necessidades especiais;
- 3.3.2.2.1.6 Exames e técnicas complementares necessários ao diagnóstico ou

controle da evolução do evento que determinou a hospitalização, previstos no Rol de Procedimentos da ANS;

3.3.2.2.1.7 Alimentação indicada pelo médico assistente;

3.3.2.2.1.8 Serviços gerais de enfermagem e paramédicos;

3.3.2.2.1.9 Taxas de equipamentos e demais taxas de utilização, quando relacionadas ao diagnóstico e tratamento do Beneficiário;

3.3.2.2.1.10 Todas e quaisquer taxas descritas na Tabela TUSS durante o período de internação hospitalar;

3.3.2.2.1.11 Medicamentos e materiais devidamente regularizados e registrados para finalidades específicas junto ao órgão oficial competente (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA), quando inerentes ao ato cirúrgico e destinados ao restabelecimento funcional específico, bem como anestésicos, gases medicinais, transfusões;

3.3.2.2.1.12 Remoções, por ambulância terrestre, desde que sua necessidade e a impossibilidade de locomoção do Beneficiário por meios convencionais sejam justificadas pelo médico assistente pela falta de recursos oferecidos pela unidade de atenção ao paciente Beneficiário, dentro da área geográfica de abrangência do produto, de um prestador de serviços para outro prestador de serviços de mais imediato acesso, habilitado para o atendimento requerido, em ambulância simples ou ambulância Unidade de Terapia Intensiva – UTI;

a) Cobertura para os procedimentos abaixo descritos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar;

b) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

c) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

d) Radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

e) Hemoterapia;

f) Nutrição parenteral e enteral;

g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde à época do evento;

h) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

i) Radiologia intervencionista;

j) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

k) Fisioterapia sem limites de sessões, que poderão ser realizadas tanto por profissional fisiatra ou fisioterapeuta, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

l) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, conforme descrito no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

m) Atendimento de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas;

n) Próteses e órteses e seus acessórios, nacionalizados e reconhecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, exclusivamente ligados ao ato cirúrgico, utilizados e necessários à realização do ato cirúrgico objeto da cobertura, observando a cláusula de autorização prévia.

o) medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, como definida na resolução normativa do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente;

p) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos do Rol; acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

3.3.3 Limites de Cobertura Hospitalar:

- a) A cirurgia bucomaxilofacial que necessite de ambiente hospitalar terá cobertura quando realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe (médico assistente ou cirurgião-dentista assistente). Neste caso, as despesas serão garantidas pelas Coberturas Hospitalares e incluem a cobertura de exames complementares, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, conforme despesas usuais ministradas durante o período de internação;
- b) As despesas de acompanhante para o beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, idoso a partir de 60 (sessenta) anos e o que possui necessidades especiais estão garantidas desde que fornecidas pelo hospital e relacionadas à alimentação básica (café da manhã, almoço, jantar) para 01 (um) acompanhante, sendo a alimentação, obrigatoriamente, da mesma proveniência da servida ao beneficiário internado;
- c) A cirurgia plástica somente terá cobertura se efetuada para restauração de órgão ou função, sem finalidade estética, observadas as previsões no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e desde que observadas as Diretrizes de Utilização definidas pela ANS;
- d) No caso de internação psiquiátrica, a cobertura seguirá o quanto disposto na legislação vigente;

IV PRODUTOS E SERVIÇOS EXCLUÍDOS

4.1 Assistência Médico-Hospitalar

4.1.1 Nos termos da legislação vigente, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias nela previstas assim como no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, estão excluídos das coberturas obrigatórias deste plano de saúde, os seguintes procedimentos:

- 4.1.1.1 Procedimentos que não constem expressamente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou em desacordo com as Diretrizes de Utilização, vigente na data do evento;
- 4.1.1.2 Consultas e procedimentos clínicos ou cirúrgicos de caráter experimental, inclusive o emprego de medicamento para tratamento diverso daquele indicado na bula (uso “off label”) e procedimentos não éticos (assim definidos sob o aspecto médico) e em especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- 4.1.1.3 Cirurgias plásticas ou outros procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- 4.1.1.4 Materiais ou medicamentos importados não nacionalizados ou não regularizados ou registrados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para finalidades específicas;
- 4.1.1.5 Materiais ou medicamentos para tratamento domiciliar, incluindo medicamentos via oral, (exceto medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, conforme Diretrizes de Utilização da ANS) de qualquer natureza;
- 4.1.1.6 Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação cuja eficácia/efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC ou outra entidade que venha a substituí-la;
- 4.1.1.7 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não vinculados ao ato cirúrgico;
- 4.1.1.8 Remoção por meio de transporte aéreo ou marítimo e ainda remoção terrestre para consultas e/ou exames de pacientes não internados;
- 4.1.1.9 Tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética, inclusive clínicas de emagrecimento; SPA's;

4.1.1.10 Tratamento ou estadia em estâncias hidrominerais;

4.1.1.11 Clínicas de repouso; clínicas ou hospitais para acolhimento de idosos ou permanência de pacientes crônicos, bem como internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

4.1.1.12 Métodos de fecundação, tais como fecundação “in vitro” e inseminação artificial, englobando consultas, exames, despesas hospitalares e quaisquer procedimentos relacionados com este fim, bem como reversão de laqueadura e vasectomia;

4.1.1.13 Necrópsia de adultos, crianças e fetos ou exames histopatológicos de placenta;

4.1.1.14 Todo e qualquer transplante não previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento ou neste Regulamento;

4.1.1.15 Tratamentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive em decorrência de acidente pessoal, exceto os casos na especialidade buco-maxilo-facial, decorrente de doenças e/ou acidentes pessoais cobertos pelo Regulamento, que necessitem de suporte em ambiente hospitalar;

4.1.1.16 Cataclismos, guerras, revoluções, envenenamento de qualquer tipo, comoções internas, catástrofes, calamidades públicas, contaminação com material nuclear ou radiação ionizante ou outras causas que atinjam maciçamente a população, quando declarados pela autoridade competente;

4.1.1.17 Despesas extraordinárias, tais como: uso de telefone, aluguel de televisores, frigobar, internet, estacionamento, alimentação - exceto alimentação nos casos de internação para o menor de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos e os que tenham necessidades especiais, nos termos descritos neste Regulamento - entre outras;

4.1.1.18 Materiais descartáveis de uso pessoal ou de higiene não necessários ao tratamento do beneficiário (camisolas, chinelos, etc.); quaisquer despesas realizadas pelos beneficiários não relacionados com a Assistência Médica;

4.1.1.19 Enfermagem particular em regime hospitalar ou domiciliar; tratamento

domiciliar de qualquer natureza, inclusive home care e consultas domiciliares; serviços de acompanhante e/ou cuidador, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

4.1.1.20 Expedição de pareceres ou atestados para quaisquer fins, incluindo exames admissionais, periódicos e demissionais; check-up de qualquer natureza, inclusive quando programado por instituições ou hospitais; exames periódicos ou pontuais de qualquer natureza ou finalidade, tais como, realizados em clubes, academias de ginástica, colônia de férias, renovação da carteira nacional de habilitação – CNH, entre outros;

4.1.1.21 Compra, aluguel ou conserto de órteses, próteses ou acessórios não ligados ao ato cirúrgico, ainda que para reabilitação funcional, tais como próteses de membros superiores ou inferiores, muletas, bengalas, aparelhos de surdez, próteses auditivas (exceto implante coclear), óculos, entre outros; lentes de contato ou similares de qualquer natureza; qualquer indicação preferencial de prótese ou materiais intra-cirúrgicos quando não estritamente necessários para o restabelecimento da função;

4.1.1.22 Acupuntura realizada por profissional não médico;

4.1.1.23 Eventos ocorridos durante o período de carência, cobertura parcial temporária ou os que exijam a contratação adicional de coberturas - exceto aqueles considerados de urgência e emergência de acordo com a legislação de saúde suplementar vigente e descritos neste Regulamento;

4.1.1.24 Procedimentos, exames, tratamentos ou internações realizadas no exterior;

4.1.1.25 Cirurgias para mudança de sexo;

4.1.1.26 Vacinas não previstas no calendário oficial.

V VIGÊNCIA

5.1 A vigência deste Regulamento se dará por prazo indeterminado. O início e o encerramento da operação deste Regulamento se darão por deliberação das instâncias decisórias competentes, de acordo com o Estatuto Social do Metrus respeitando as regras estabelecidas.

VI PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Não será exigido o cumprimento de carência ou Cobertura Parcial Temporária quando houver 30 (trinta) ou mais beneficiários, no momento da contratação do plano ou da inclusão de novos beneficiários, salvo nos casos de inclusões fora do prazo.

6.2 Serão considerados os prazos de carência, descritos nos itens 6.2.1. Quadro de períodos de cumprimento de carências e 7.1.1. Quadro de período de cumprimento de Carência Parcial Temporária (CPT), parte integrante deste Regulamento, nas hipóteses de inclusão de beneficiários após o prazo de 30 (trinta) dias do início da elegibilidade (nascimento, adoção, casamento, etc.).

6.2.1 Quadro de períodos de cumprimento de carências

EVENTOS	PRAZOS
Urgência e emergência	24 horas
Consultas	30 dias
Exames simples	30 dias
Exames de alta complexidade	180 dias
Terapias simples	30 dias
Terapias de alta complexidade	180 dias
Procedimentos de alta complexidade	180 dias
Internações eletivas	180 dias

VII DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES
COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

7.1 Doenças ou Lesões Preexistentes - DLP são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde, de acordo com a legislação vigente.

7.1.1 Quadro de período de cumprimento de Carência Parcial Temporária (CPT)

EVENTOS	PRAZOS
Cobertura Parcial Temporária (CPT)	24 meses

VIII ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 Após o cumprimento dos prazos de carências, haverá cobertura integral para os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções:

8.1.1 Os atendimentos de urgência e emergência decorrentes de acidente pessoal têm cobertura ambulatorial ou hospitalar sem restrição;

8.1.2 Para os casos em cumprimento de carências para internação, a cobertura de urgências e emergências fica limitada até, no máximo, as 12 (doze) primeiras horas de atendimento em ambulatório (cobertura ambulatorial) ou em tempo menor, caso o atendimento evolua para internação hospitalar. Após a realização desse atendimento, a cobertura do Metrus cessará, passando a responsabilidade financeira da continuidade do atendimento a ser do beneficiário, caso o mesmo opte por não ser removido para unidade do SUS;

8.1.3 Nos casos de beneficiários em cumprimento de carências para internação, o Metrus garantirá, depois de realizados os atendimentos de urgência ou emergência em sua rede credenciada, conforme descrito no item anterior, a cobertura de remoção inter-hospitalar EXCLUSIVAMENTE para uma unidade do SUS, via remoção terrestre. A responsabilidade do Metrus cessará a partir da admissão do beneficiário na unidade hospitalar do SUS;

8.2 Remoção na Urgência e Emergência

8.2.1 Para os casos comprovadamente necessários, os beneficiários terão direito à cobertura de remoção, desde que dentro dos limites de atuação deste plano, nas seguintes situações e condições:

8.2.1.1 Remoção inter-hospitalar pertencente ou não à rede credenciada, seja por contratação direta ou indireta do plano de saúde, para os casos comprovadamente necessários, considerados como urgência e emergência, quando atestada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;

8.2.1.2 Será garantida a remoção para uma unidade do SUS, após o atendimento de urgência/emergência, no caso de beneficiário que ainda esteja cumprindo carência para internação.

8.2.1.3 Caberá ao Metrus o ônus da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

8.2.1.4 Quando a remoção não for possível por risco à vida ou outra razão técnica, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, o Metrus, desse ônus.

8.2.1.5 Na remoção, o Metrus deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade de destino.

8.2.1.6 Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não seja pertencente ao SUS, o Metrus estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção e do atendimento.

IX MECANISMO DE REGULAÇÃO

9.1 A moderação da utilização de serviços e regulação do acesso se dará por meio da emissão de cartão de identificação digital, emissão de senha de autorização, autorização prévia, Junta Médica (constituída) e coparticipação ou franquias, respeitado o disposto neste Regulamento, bem como os preceitos legais, éticos e as normas vigentes, conforme abaixo relacionado:

9.1.1 Cartão de Identificação Digital do Beneficiário

9.1.1.1 O Cartão de Identificação Digital do beneficiário, emitido pelo Metrus, é o documento pessoal, intransferível e de exclusiva propriedade do beneficiário detentor, identificando-o nas operações inerentes ao plano de saúde. O Cartão de Identificação do beneficiário será digital e é meio pelo qual ele será identificado e terá acesso à rede credenciada do Metrus.

9.1.2 Emissão de senha

9.1.2.1 Será emitida senha para todo tipo de atendimento realizado na rede credenciada do Metrus por meio de portal de conectividade fornecido pela operadora.

9.1.3 Autorização Prévia

9.1.3.1 Para realização dos procedimentos abaixo relacionados, será necessária solicitação prévia pelo prestador de serviço, diretamente à Central de Regulação do Metrus:

9.1.3.1.1 Todo tipo de internação, seja ambulatorial (Hospital Dia), psiquiátrica, clínica ou cirúrgica;

9.1.3.1.2 Para uso de materiais especiais, próteses, órteses ou materiais de osteossíntese, devendo ser observada legislação vigente, sobretudo que:

- a) cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME, sempre de acordo com o presente Regulamento e com a legislação vigente;
- b) o profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto aos órgãos públicos competentes, que atendam às características especificadas;
- c) a operadora deverá instaurar junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou a operadora discordar das marcas indicadas;

9.1.3.1.3 Remoções (transferências inter-hospitalares);

9.1.3.1.4 Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico;

9.1.3.1.5 Procedimentos de Alta complexidade, conforme Rol vigente;

9.1.3.1.6 Terapias e procedimentos ambulatoriais.

9.1.3.2 Para análise adequada da autorização prévia de procedimentos, o Metrus reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares ao beneficiário, médico assistente, hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham tratado o beneficiário anteriormente.

9.1.3.3 Os atendimentos de urgência ou emergência terão autorização imediata, conforme determina a norma vigente. Havendo evolução para internação, a solicitação de autorização para realização do evento deverá ocorrer no ato ou até o 1º dia subsequente ao atendimento.

9.1.3.4 A avaliação da solicitação médica referente ao pedido de autorização prévia será analisada e autorizada no prazo normativo vigente.

9.1.3.5 Os tratamentos, serviços diagnósticos e demais procedimentos ambulatoriais serão restritos exclusivamente àqueles solicitados por profissionais pertencentes à rede credenciada, observada a cobertura contratada.

9.1.4 Procedimento no caso de divergência médica

9.1.4.1 As divergências de natureza médica relacionadas às coberturas do plano de saúde serão dirimidas por meio de Junta Médica, nos termos da legislação vigente.

9.1.5 Coparticipação

9.1.5.1 O mecanismo de regulação denominado coparticipação consiste no pagamento pelo beneficiário diretamente ao instituto de uma parte dos custos referentes aos procedimentos de consultas, exames, terapias, internação e atendimento em pronto-socorro, quando realizados pelo beneficiário.

9.1.5.2 O beneficiário titular coparticipará nas despesas realizadas por ele e por todos os seus dependentes e agregados, decorrentes de utilizações, como consultas,

exames, terapias e demais tratamentos.

9.1.5.3 Coparticipação em regime de Internação

9.1.5.3.1 As utilizações realizadas em regime de internação e em Pronto Socorro, incidirão em franquia em valores fixos.

9.1.5.3.2 Quando a internação clínica ou cirúrgica, for uma evolução de atendimento em Pronto Socorro, incidirá a franquia pelo atendimento em Pronto Socorro e também a franquia sobre a internação.

9.1.5.4 Os percentuais e valores fixos serão reavaliados anualmente, por meio de avaliação atuarial, após 12 meses de vigência do presente regulamento.

9.1.6 Acesso à Rede de Prestadores

9.1.6.1 Os contratos de prestação de serviços médicos assistenciais, credenciados direta ou indiretamente obedecerão às regras normativas vigentes.

9.1.6.2 O Metrus manterá, dentro de suas possibilidades técnicas, um serviço de atenção primária a saúde, que consiste em um modelo assistencial que tem por objetivo promover assistência à saúde por meio de um equipe de atenção primária que preconiza um atendimento personalizado ao beneficiário, atendendo a maior parte de suas necessidades de forma regionalizada, contínua e sistematizada.

9.1.6.3 O acesso à rede de prestadores credenciados, direta ou indiretamente, se dará obrigatoriamente por meio de modelo hirearquizado de assistência à saúde, com foco na atenção primária à saúde.

9.1.6.4 Exceto para os casos de urgência e emergência, que já têm regulação própria no presente regulamento, o beneficiário deverá submeter seus cuidados à equipe de atenção primária, indicada pelo instituto, mediante consultas médicas periódicas com médicos e enfermeiros, e, quando houver a indicação, com especialistas e serviços especializados credenciados pelo Metrus, nas diversas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), observando-se os limites e condições deste contrato quanto à cobertura, exclusões, carências e mecanismos de regulação.

9.1.6.5 Os profissionais da atenção primária têm a responsabilidade pela indicação da necessidade de outros atendimentos específicos, exames ou até mesmo atendimentos hospitalares eletivos.

9.1.6.6 A lista de prestadores, fica disponibilizada para consultas dos beneficiários no portal do Metrus: metrus.org.br.

9.1.6.7 A não observância do modelo de atendimento primário ora previsto caracterizará infração direta ao presente Regulamento, sujeito o beneficiário infrator às penalidades nele previstas, sem embargo da não cobertura dos procedimentos que tenham sido realizados e da reparação dos danos causados ao Metrus.

X FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1 A formação do preço deste plano é pré-estabelecido.

10.2 Pagamento de Mensalidade

10.2.1 O custeio do plano de saúde será atendido pelas seguintes fontes de receitas:

10.2.1.1 Mensalidades, coparticipação e franquias calculadas com base na utilização dos beneficiários titulares, dependentes e agregados;

10.2.1.2 Outras receitas eventuais.

10.2.1.2.1 A contraprestação pecuniária devida pelo beneficiário ao Metrus decorrente da cobertura assistencial contratada denomina-se mensalidade, na modalidade de preço pré-estabelecido, que consiste no faturamento antecipado dos valores pactuados para a categoria de plano de assistência médico-hospitalar previsto neste Regulamento, cujo valor, nesta data, corresponde ao indicado e discriminado no momento da inscrição.

10.2.1.2.2 Os beneficiários serão os únicos responsáveis pelo pagamento das mensalidades e dos valores de coparticipação e franquias referentes às despesas

decorrentes da assistência à saúde prestada pelo Metrus. O Metrus não terá qualquer participação financeira no seu custeio.

10.2.1.2.3 Ao valor da mensalidade poderá ser adicionado um valor referente às contribuições dos Fundos Garantidores e Provisões de Contingências do plano de saúde, além dos valores referentes às despesas administrativas, taxa de administração e outras, que deverão ser pagos pelos usuários no mesmo instrumento de cobrança, a partir de aprovação do Conselho Deliberativo do Metrus.

10.3 Estrutura da Tabela de Mensalidades

10.3.1 A tabela de mensalidades por faixa etária vigorará conforme estrutura e valores divulgados pelo Metrus, por meio do portal da operadora e pelos demais meios de comunicações com os beneficiários, onde também constarão os critérios e parâmetros de reajuste que serão adotados, nos termos aprovados pelas instâncias competentes e no Estatuto Social do Metrus, configurando aditivo a este Regulamento.

10.4 Diretrizes para a Sistemática de Cobrança

10.4.1 Cobrança das Mensalidades, Coparticipação e Franquia

10.4.1.1 A cobrança será efetuada pelo total das despesas de mensalidade, coparticipação e franquias, apuradas sobre a utilização apresentada pelo prestador credenciado após o seu devido processamento e validação, de todos os beneficiários deste plano mediante desconto em folha de benefícios ou boleto bancário, não se aceitando o pagamento parcial.

10.4.1.2 O pagamento do valor total das despesas, parte por desconto em folha de benefícios, parte por outra via administrativa e/ou parte celebrado mediante instrumento de formalização de Confissão de Dívida ou equivalente, não será considerado como pagamento parcial, para efeito deste Regulamento.

10.4.1.3 O Metrus poderá autorizar a concessão de parcelamento de débitos de beneficiários inadimplentes, com base em critérios específicos, aprovados pela Diretoria Executiva.

10.4.1.4 Será efetuada a exclusão automática do plano de saúde para os que tiverem atraso superior ao prazo previsto na legislação vigente no pagamento de mensalidade e/ou coparticipação, contados a partir do vencimento da primeira cobrança. Neste caso, o beneficiário será formalmente notificado do débito e da consequente exclusão, nos termos da legislação em vigor.

10.4.1.4.1 No caso de exclusão da adesão por inadimplência, a cobrança das despesas pendentes dar-se-á considerando o valor total dos débitos, corrigido monetariamente, até o dia do pagamento, com base nos indicadores adotados pelo Metrus, acrescido de juros de 1% ao mês e de multa de 2% (dois), respeitado os limites definidos na legislação vigente e calculados sobre o referido valor total.

10.4.1.5 No caso de desligamento do beneficiário deste plano de saúde, as mensalidades, coparticipações e franquias referentes ao período em que estava com direito à cobertura dos serviços ou cumprindo carência regulamentar, não serão devolvidas.

10.4.1.6 O pagamento antecipado da mensalidade não quita débitos anteriores, nem reduz os prazos de carência fixados no Regulamento.

10.4.1.7 No caso de cobrança via boleto bancário, nenhum pagamento será reconhecido pelo Metrus se o beneficiário não possuir o comprovante devidamente autenticado ou documento de quitação equivalente pelo agente recebedor, bem como se não observar a forma estabelecida para o pagamento.

10.4.1.8 O não pagamento da mensalidade e outras contraprestações nos seus vencimentos, além da penalidade da exclusão prevista neste instrumento, acarretará a imposição dos juros e multa sobre o valor total do saldo devedor, já corrigido

monetariamente, observando-se em função da data, a correção integral ou pro rata die. O valor percentual dos juros será de 1% ao mês, e da multa será de 2% (dois), respeitado os limites definidos na legislação vigente.

10.4.1.9 Na adesão do beneficiário, a primeira mensalidade será calculada pro rata die.

10.4.1.10 Em caso de utilização indevida pelo beneficiário titular ou seus dependentes elegíveis nos termos deste Regulamento por quaisquer motivos, a cobrança dos procedimentos realizados junto à rede credenciada do Metrus ou de suas operadoras congêneres se dará com base em 100% (cem por cento) dos valores despendidos pelo Metrus, observando-se em função da data, a correção integral ou pro rata die e serão cobrados diretamente do beneficiário titular por meio de desconto em folha ou outro meio administrativo. Caso seja apurada negligência do prestador credenciado, o Metrus não assumirá a despesa como devida, sendo facultado ao prestador realizar a cobrança diretamente do beneficiário.

10.4.1.11 A comunicação formal do falecimento do beneficiário e o envio da Certidão de Óbito deverá se efetivar no prazo máximo de 30 (trinta) dias, com cobrança pro rata die da mensalidade do mês em curso. No caso de não haver a comunicação do óbito ao Metrus no prazo estipulado, será considerada, como data de referência para os devidos acertos contábeis e financeiros, o último dia do mês da informação do falecimento.

10.4.1.12 Esgotada a via administrativa na cobrança de débitos e respeitados os prazos dispostos neste Regulamento, o beneficiário titular será acionado judicialmente pelo Metrus, para os devidos ressarcimentos.

XI REAJUSTE POR VARIAÇÃO DE CUSTOS

11.1 Os valores da tabela de mensalidades, bem como a atualização da tabela de coparticipação, serão reajustados pela Diretoria Executiva anualmente de acordo com os custos efetivamente incorridos e conforme o índice de correção estabelecido por avaliação atuarial.

11.2 Os reajustes serão devidamente comunicados à ANS, conforme normativo em vigor.

11.3 Os reajustes serão estabelecidos com base em estudo atuarial, realizado por atuário devidamente habilitado e com base em dados e informações sobre a utilização dos serviços apurados.

11.4 O Metrus promoverá a divulgação aos beneficiários do índice de correção, no prazo mínimo previsto na legislação vigente.

XII REAJUSTE POR VARIAÇÃO DE FAIXAS ETÁRIAS

12.1 Nos termos da legislação vigente, aplica-se a variação por mudança da faixa etária que é independente do reajuste anual das mensalidades, definido em item próprio neste Regulamento. As contribuições serão estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário e corresponderá àquelas já estabelecidas na tabela de mensalidades do Metrus, Ocorrendo alteração na idade de qualquer beneficiário (titular ou dependentes), que signifique deslocamento para outra faixa etária, o valor da contribuição será aumentado a partir do mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os valores estipulados, neste Regulamento, independentemente do índice de reajuste financeiro estabelecido.

XIII CONDIÇÕES PARA A PERDA DA QUALIDADE BENEFICIÁRIO

13.1 a cobertura deste plano de saúde aos beneficiários cessará automaticamente:

13.1.1 Quando o beneficiário titular solicitar a sua exclusão ou de seus dependentes e agregados, por meio presencial na sede do Metrus, por meio de atendimento telefônico ou por meio da página do Metrus na internet;

13.1.2 Quando o beneficiário comprovadamente cometer fraude contra o plano de saúde com a aplicação da penalidade cabível, conforme disposto nas Disposições Gerais deste regulamento;

13.1.3 Falecimento do beneficiário;

13.1.4 Por ausência de pagamento da mensalidade e/ou coparticipação por período superior a 60 (sessenta) dias.

13.2 Em caso de utilização indevida do plano de saúde, após a perda da qualidade de beneficiário, as despesas serão cobradas integralmente dos beneficiários titulares, mais os custos incorridos, nos termos deste Regulamento.

XIV RESCISÃO/SUSPENSÃO

14.1 O Metrus poderá encerrar a operação deste plano de saúde quando houver aprovação da competente instância decisória definida no seu Estatuto Social.

XV DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 O beneficiário titular deve manter atualizados os seus dados e dos seus dependentes junto ao Metrus, sempre que houver qualquer alteração ou, independente disso, no mínimo anualmente.

15.2 O beneficiário titular, por si e por seus dependentes, autoriza os técnicos submetidos ao sigilo profissional a terem acesso aos seus prontuários assistenciais, quando necessário junto aos prestados de serviços de saúde.

15.3 O beneficiário titular, por si e por seus dependentes, autoriza o Metrus a prestar todas as informações cadastrais referentes aos atendimentos prestados, solicitadas por órgãos de fiscalização e/ou judiciais no âmbito da saúde suplementar.

15.4 O beneficiário titular, por si e por seus dependentes, autoriza o Metrus a fornecer seus dados cadastrais para empresas de captação de informações de saúde, para realização de Promoção em Saúde.

15.5 Reserva-se o Metrus o direito de efetuar a qualquer momento averiguação ou pesquisa referente à documentação médica apresentada, bem como solicitar relatório técnico para análise ou realização de perícia. O não atendimento à solicitação do Metrus, por parte do beneficiário, o sujeitará à aplicação das penalidades previstas neste Regulamento, bem como ao ressarcimento ao Metrus de valores já despendidos por ele.

15.6 De conformidade com o Estatuto do Metrus, o beneficiário que, direta ou indiretamente, infringir o disposto no referido regulamento, obtiver ou tentar obter, indevidamente, em proveito próprio ou de terceiros, quaisquer benefícios ou serviços concedidos pelo Metrus, ficará sujeito às penalidades, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

15.7 Penalidades:

15.7.1 Advertência por escrito;

15.7.2 Suspensão, total ou parcial, de direitos por até doze meses;

15.7.3 Exclusão do quadro de beneficiários.

15.7.3.1 As penalidades poderão ser aplicadas em qualquer grau, dependendo da gravidade da infração.

15.7.3.2 A penalidade “Advertência por escrito” poderá ser aplicada pela Gerência competente do Metrus, sendo encaminhada ao beneficiário.

15.7.3.3 As demais penalidades serão aplicadas pela Diretoria Executiva do Metrus, com base em parecer do Comitê de Gestão.

15.7.3.4 Da penalidade, que será comunicada ao beneficiário, cabe recurso ao Comitê de Gestão, no prazo de 10 (dez) dias, garantido o direito de contraditório a ampla defesa, obedecendo ao disposto no Estatuto do Metrus.

15.8 Respeitada a legislação em vigor, relacionada às operadoras que atuam na modalidade

de Autogestão, poderá, em caso de carência de prestadores da rede credenciada direta, o atendimento poderá ser prestado por relação contratual indireta, por meio de outra operadora.

15.9 Qualquer tolerância ou concessão praticada pelo Metrus, no tocante às coberturas do plano contratado, não se constituirá em novação, renúncia ou alteração do pactuado, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelos beneficiários.

15.10 Em obediência à Lei Geral de Proteção de Dados 13.709/2018, para cumprimento ao item 15.4 acima, fica o beneficiário ciente que autoriza o Metrus a compartilhar seus dados cadastrais, com empresas contratadas para execução dos Programas de Promoção e Prevenção.

15.11 As omissões e dúvidas deste Regulamento serão submetidas à apreciação e decisão da Diretoria Executiva do Metrus, podendo, em caso de urgência, serem decididas pela Diretoria competente, "ad referendum" da Diretoria Executiva.

15.12 Este Regulamento será regido pela legislação vigente para o mercado supletivo de saúde no Brasil, respeitadas as determinações e limites contidos no Estatuto Social do Metrus.

15.13 O Comitê de Gestão, terá por atribuição o acompanhamento do desempenho técnico-financeiro do produto, de acordo com o Estatuto do Metrus, este regulamento, bem como o Regimento específico daquele Comitê.

15.14 As propostas de alterações do regulamento deverão ser sempre encaminhadas para exame e deliberação de Colegiado composto pelos membros do Conselho Deliberativo, da Diretoria Executiva e do Comitê de Gestão, ou ainda, quando couber, à deliberação da Assembléia de Beneficiários, convocados pelo Conselho Deliberativo, devendo os processos serem instruídos pela Diretoria Executiva.

15.14.1 O membro do Colegiado que tiver assento em mais de um órgão mencionado no caput deste artigo, terá direito a apenas 1(um) voto.

15.14.2 As propostas sobre os temas referidos no caput deste artigo, deverão ser aprovadas ou rejeitadas por, no mínimo, 2/3 do total dos membros do Colegiado.

15.14.3 Caso não haja decisão em até 3 (três) escrutínios consecutivos, na forma estabelecida no parágrafo 2º, as propostas serão submetidas à deliberação da Assembleia de Beneficiários, a ser convocada pelo Conselho Deliberativo.

15.14.4 A Assembleia de beneficiários instalar-se-á em Primeira Convocação, com quorum mínimo de 50% de beneficiários e em Segunda Convocação, trinta minutos depois, com qualquer número de beneficiários.

15.14.5 As decisões da Assembleia de Beneficiários serão tomadas pelos votos da maioria simples dos presentes.

15.14.6 As alterações do regulamento aprovadas pelos mecanismos mencionados neste artigo deverão ser submetidas à homologação da(s) Patrocinadora(s) e à aprovação dos órgãos competentes.

15.15 Toda e qualquer omissão, ou situação não prevista neste regulamento, será objeto de análise e decisão da Diretoria Executiva do Metrus, ouvido o Comitê de gestão e ad referendum do Conselho Deliberativo, quando de significativa relevância.

XVI ELEIÇÃO DO FORO

16.1 Com renúncia aos demais, por mais privilegiados que sejam, fica eleito o Foro da Comarca de São Paulo, para dirimir quaisquer dúvidas ou questões decorrentes deste Regulamento.

16.2 O presente Regulamento entra em vigor em 01/07/2025, ficando revogadas todas as disposições em contrário.

METRUS 
INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL