

GUIA DO USUÁRIO

AMAP

É um Plano de Assistência Médica voltado para os Aposentados do Plano de Benefício Definido – PBD da TELOS – Fundação Embratel de Seguridade Social.

1. USUÁRIOS

São usuários da AMAP além dos aposentados do Plano de Benefício Definido - PBD, os seus dependentes e pensionistas, assim caracterizados:

- Aposentados são os ex-empregados do Patrocinador em gozo de benefícios de aposentadoria ou de renda mensal vitalícia;
- Dependentes dos aposentados são, esposa ou companheira, os filhos inválidos e os filhos menores de 21 anos, reconhecidos como tal para efeito de Regulamento Básico do PBD; filhos menores são aceitos como dependentes para a AMAP apenas para os aposentados com até 58 anos de idade;
- Pensionista é aquele em gozo de benefício de complementação de pensão por morte ou de complementação de auxílio-reclusão, mantidos nos termos do Regulamento Básico do PBD.

OBS.: Aos pensionistas não será permitido inscrever novos dependentes, exceto quando a pensionista enviuvar em estado de gravidez.

1.1 INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Caso o benefício do INSS de um aposentado ou pensionista seja suspenso ou cancelado, automaticamente será suspenso o direito à utilização da AMAP até que o usuário regularize sua situação perante o INSS.
- A TELOS deverá ser comunicada das alterações havidas quanto a dependentes ou pensionistas inscritos;
- Perderão o direito à utilização da AMAP os aposentados, os seus dependentes e os pensionistas que, por qualquer meio ou forma, iludam ou tentem iludir a TELOS, atuando contra os interesses ou mesmo usando fraude para obter benefícios;
- Nenhuma responsabilidade caberá à TELOS no caso de eventualidades, acidentais ou não, ocorridas em hospital, clínica, consultório, laboratório ou qualquer outro local, decorrente de ato, opinião, tratamento ou procedimento médico ou hospitalar resultante da assistência prestada por serviço credenciado;

- Não será permitido ao usuário da AMAP utilizar-se de profissional ou instituição que não estejam credenciados, exceto quando:

- 1 - residir em cidade ou município onde não exista rede credenciada, ou;
- 2 - não existir profissional na rede credenciada para a especialidade coberta.

2. SERVIÇOS COBERTOS

- 8 consultas médicas em consultório, clínicas ou hospitais, por ano, por usuário. Nos casos de tratamento continuado, este limite poderá ser ultrapassado, mediante a declaração do médico atestando a necessidade do mesmo.
- Serviços auxiliares de terapias realizados para auxiliar ou complementar um tratamento (diálise, exercícios ortópticos, fisioterapia, hemodiálise, litotripsia, quimioterapia, radioterapia, fonoaudiologia/psicomotricidade, acupuntura, nutricionista, RPG, etc);
- Tratamentos ambulatoriais - são todos os tratamentos realizados sem internação hospitalar, principalmente nos casos de urgência (pequenas cirurgias, tratamentos ortopédicos etc.);
- Internações hospitalares abrangendo internações clínicas e cirúrgicas em hospitais, incluindo cirurgias bariátricas e transplantes (inclusive fígado, coração, medula, pâncreas, rins e córneas), em quarto privativo com cobertura do acompanhante para qualquer idade;

Havendo utilização de acomodação em padrão superior à prevista, a diferença será paga pelo aposentado ou pensionista à instituição, sem direito a reembolso.

- Reembolso de vacinas utilizadas na prevenção de doenças infecto-contagiosas, desde que não sejam aplicadas nos postos de saúde públicos.
- Medicamentos e materiais descartáveis utilizados durante a hospitalização, cirurgias realizadas com ou sem internação, e atendimento de emergência.

3. SERVIÇOS NÃO COBERTOS

- Consultas médicas que excederem a 8 no ano, por usuário.
- Cirurgia plástica cosmética ou embelezadora e tratamento com finalidade estética;
- Cirurgia refrativa (oftalmologia) para graus inferiores a 5 (cinco);
- Cirurgia não ética e atos médicos ainda não aprovados pelo Conselho Federal de Medicina;

- Despesas hospitalares extraordinárias não prescritas pelo médico, bem como telefonemas, refeições sem indicação específica para o tratamento, lavagem de roupas etc.;
- Internação geriátrica;
- Medicamentos e materiais descartáveis, exceto os utilizados durante a hospitalização, cirurgias realizadas com ou sem internação, atendimento de emergência;
- Tratamento em estância hidromineral ou de repouso;
- Enfermagem domiciliar, serviço de *home care* ou qualquer outra modalidade de atendimento domiciliar;
- Tratamentos odontológicos, inclusive emergenciais;
- Avaliação psicológica e psicoterapia;
- Procedimentos visando o controle da natalidade através de esterilização;
- Métodos não naturais de concepção, como, por exemplo, inseminação artificial;
- Próteses e órteses não implantadas cirurgicamente;
- Obstetrícia e eventos ligados ao puerpério (maternidade e parto);
- Remoções da residência para o hospital e vice-versa;
- Medicamentos não aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, considerados de uso “off label”, ou seja, uso não aprovado, que não consta na bula;
- Tratamento ou qualquer tipo de procedimento considerado experimental.
- Tratamento para dependência química

4. LIMITES PARA TRATAMENTOS COMPLEMENTARES

Os tratamentos complementares abaixo deverão ser indicados por médicos, quando for o caso.

- ESCLEROTERAPIA - limitada a 20 (vinte) sessões, a cada 12 (doze) meses.
- FONOAUDIOLOGIA/PSICOMOTRICIDADE - limitada a 96 (noventa e seis) sessões a cada 12 meses, para patologias: neurológicas, reabilitações e as decorrentes de traumatismo. Demais patologias - limitada a 24 (vinte e quatro) sessões a cada 12 meses.
- FISIOTERAPIA, PARA PATOLOGIAS:
 - Neurológicas - não há limite de sessões, sendo analisado o relatório médico;
 - Reumatológicas - não há limite de sessões, sendo analisado o relatório médico;
 - Outras - não há limite de sessões, sendo analisado o relatório médico.
 - RPG - limitada a 24 (vinte e quatro) sessões, a cada 12 (doze) meses.

5. FORMAS DE UTILIZAÇÃO

5.1. ESCOLHA DIRIGIDA (REDE CREDENCIADA)

Modalidade na qual os usuários podem utilizar instituições e profissionais, previamente credenciados pela TELOS, sem efetivar, no ato do atendimento qualquer desembolso, devendo apenas assinar a guia de atendimento atestando, assim, o serviço prestado. O pagamento será efetuado pela AMAP diretamente ao credenciado, sendo a parcela correspondente à sua participação descontada posteriormente em folha de pagamento pela TELOS.

ATENÇÃO - Ao procurar uma clínica ou hospital credenciado, certifique-se se a equipe médica também é credenciada. A única exceção para o qual haverá o reembolso é para a utilização de serviços prestados por anestesistas.

5.2. REEMBOLSO

Se, excepcionalmente, na localidade da residência do usuário, ou a de trânsito, ainda não tiver sido implantada a modalidade de escolha dirigida pela AMAP, ou não existir na rede credenciada a especialidade desejada, a AMAP reembolsará o valor correspondente à participação da AMAP nas despesas médicas e hospitalares, passíveis de enquadramento, decorrentes da utilização de profissionais e entidades médicas não credenciadas no limite da Tabela do Convênio UNIDAS / AMB.

No caso acima, caberá ao usuário pagar, no ato do atendimento, as despesas decorrentes dos serviços prestados, solicitando posteriormente à TELOS o reembolso correspondente à participação da AMAP caso se tratasse de escolha dirigida. Ao receber a nota fiscal ou recibo original observe se o mesmo contém: nº de registro do órgão de classe do profissional (CRM), CPF do profissional ou CNPJ da instituição, discriminação detalhada dos serviços prestados com o código da AMB e com os respectivos valores cobrados, especialidade do profissional, nome do paciente e, em caso de nota fiscal, não esquecer de observar o carimbo de PAGO ou RECEBIDO com data e assinatura.

- Sempre que o atendimento for prestado por pessoa jurídica, o reembolso deverá ser solicitado através da apresentação de Nota Fiscal original;
- O prazo limite para solicitação de Reembolso é de 90 (noventa) dias a partir da data de emissão da nota fiscal ou recibo;
- As despesas mencionadas serão enquadradas pela Tabela do Convênio UNIDAS/AMB, para modalidade de escolha dirigida;
- O percentual de reembolso é de 85% sobre o valor do recibo/nota fiscal de serviços apresentados ou sobre o valor da Tabela do Convênio UNIDAS/AMB, de cada procedimento passível de enquadramento, sendo o reembolso o menor valor obtido;

- O reembolso obedecerá exclusivamente aos eventos e especialidades cobertas pela AMAP;
- Não serão cobertos pela AMAP os serviços prestados por profissionais empregados do sistema EMBRATEL, nem daqueles prestados por entidades médicas nas quais o usuário participe direta ou indiretamente.

6. CUSTEIO DAS DESPESAS

As despesas com a Assistência Médica são custeadas em 85% pela AMAP e 15% pelo assistido.

Financiamento - será concedido quando o valor da participação do assistido (15%) nas despesas médicas realizadas for igual ou superior ao menor valor dos seguintes limites:

Limite mínimo:

O menor entre: 30% da Renda Global (RG) ou 70% do Benefício TELOS (BT)

Limite máximo:

3x Renda Global (RG) Onde,

RG - é a renda bruta, conforme regulamento, ou seja, é a soma dos valores do Benefício INSS e da complementação TELOS;

BT - é a complementação TELOS, conforme regulamento.

Formas de Desconto: o assistido poderá ser descontado de duas formas:

Primeira: se o saldo a financiar for menor do que a RG, serão descontadas parcelas de 10% sobre a RG, até que o referido saldo seja igual ou inferior ao limite mínimo para o financiamento, quando será descontado em parcela única.

Segunda: se o saldo a financiar for igual ou maior do que a RG, a amortização será efetuada em parcelas de 10% do saldo devedor.

O valor que exceder ao limite do financiamento deverá ser pago na Tesouraria da TELOS, de uma só vez, através de Ordem de Pagamento, no mês de enquadramento das despesas ou, ainda, por intermédio de desconto em folha de pagamento de benefícios.

Exemplo: Um assistido tem a Renda Global de R\$ 800,00 e o total das despesas com sua hospitalização corresponde a R\$ 18.000,00.

A participação do assistido nas despesas é de 15% desse total, ou seja, R\$ 2.700,00. Os 85% restantes (R\$ 15.300,00) são absorvidos pela AMAP.

O limite de financiamento do assistido corresponde a 3 vezes a Renda Global, portanto, é igual a R\$ 2.400,00. Como o valor da participação (15%) ultrapassa o limite de financiamento da TELOS, o assistido deverá efetuar o ressarcimento à TELOS de uma só vez, no valor de R\$ 300,00, no mês do enquadramento das despesas.

Enquadramento das despesas:

R\$ 300,00 de pagamento único

Valor a financiar	2.400,00
10% do valor a financiar	240,00
Amortização	2.400,00
1º parcela	<u>(240,00)</u>
saldo devedor	2.160,00
2º parcela (10% do saldo atual)	<u>(216,00)</u>
saldo devedor	1.944,00

2º Percentual de Desconto (saldo devedor)	756,86
12º Parcela (10% RG)	<u>(80,00)</u>
	676,86

3º Percentual de Desconto (saldo devedor)	176,85
desconto à vista	<u>(176,85)</u>
	0

Observe que os percentuais de desconto são variáveis até liquidar as despesas.

7. UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA

A rede credenciada tem abrangência nacional.

- Para consultas médicas você precisa apresentar o Cartão de Acesso ao Credenciado - CAC, retirado do demonstrativo de pagamento de benefícios, válido para a data do atendimento, e um documento de identidade, e assinar a guia de atendimento, a qual já deverá estar preenchida com os serviços prestados pelo profissional ou instituição.
- No caso de utilização de serviços auxiliares de diagnóstico e de serviços auxiliares de terapia, você terá que apresentar, além do CAC e de um documento de identidade, a requisição, por escrito, do médico e a Autorização Prévia – APR quando necessária, fornecido pelo PLANO AMAP.
- Nos casos em que seja necessária a remoção do paciente-associado, entre hospitais credenciados, será solicitada autorização prévia.
- Em caso de necessidade de internação eletiva, você deverá enviar e-mail para autorizacao@planoamap.com.br, munido de um pedido do seu médico, para a obtenção do documento "Autorização Prévia" a ser entregue à instituição hospitalar, juntamente com a apresentação do CAC e do documento de identidade, ou quaisquer outros esclarecimentos pelo tel.: (21) 3554-2102 ou pelo 0800-608-1044.

8. SERVIÇOS CONDICIONADOS À AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Alguns dos serviços oferecidos pela AMAP precisam ser autorizados previamente. Os eventos marcados com (*) necessitam de perícia prévia e as autorizações são fornecidas pelo PLANO AMAP.

- internações para tratamento clínico ou cirúrgico.
- internações de emergência - nesses casos, você deverá pedir a autorização até 72 (setenta e duas) horas após a internação.
- As seguintes terapias: fonoaudiologia, psicomotricidade, fisioterapia, escleroterapia.
- Os seguintes exames: neuroradiologia, angiografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética.
- Os seguintes serviços:

Cirurgia de cabeça e pescoço - ressecção de tumores palpebrais com reconstrução parcial ou total(*), exérese de tumor(*);

Dermatologia - abrasão cirúrgica, crioterapia e epilação;

Cirurgia do Aparelho Digestivo e Órgãos Anexos - tratamento cirúrgico de diástase dos retos abdominais(*);

Ginecologia- himenotomia(*), plástica de pequenos e grandes lábios(*), ruptura perineal III grau - correção cirúrgica(*), construção de vagina(*), salpin-gectomia;

Microcirurgia reconstrutiva - couro cabeludo(*);

Laparotomia exploradora(*);

Cirurgia de Mama - adenomastectomia subcutânea(*), ginecomastia(*), inversão de mamilo(*), mastectomia(*), reconstrução mamária(*);

Cirurgia de Mão - excisão, enxertos e retalhos cutâneos de extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores(*);

Neurocirurgia-lobectomia pré-frontal;

Oftalmologia - transplante, ceratotomia radial ou astigmática, epilação, entrópio(*), epicanto(*), ectrópio(*), ptose(*), simbléfaro(*), sutura, triquíase c/diatermo coagulação(*), tumor exérese(*), xantelasma(*);

Otorrinolaringologia - perfuração de septo nasal - correção cirúrgica(*), rinoplastia reparadora(*), rinosseptoplastia(*), septo-nasal - septoplastia(*);

Cirurgia Plástica - quase todos os eventos(*);

Cirurgias Videolaparoscópicas;

Urologia- plástica (*), ressecção parcial(*);

Psiquiatria - mais de 1(uma) consulta no mesmo mês, limitado a 3 (três);

Quimioterapia -todos os eventos;

Radioterapia -todos os eventos.

Remoção do paciente entre hospitais - Nos casos em que seja necessária a remoção, do paciente-associado entre hospitais credenciados será solicitada autorização prévia ao PLANO AMAP.

Telefone do setor responsável pelas autorizações do PLANO AMAP é (21) 3554-2102 e o e mail é autorizacao@planoamap.com.br.

ATENÇÃO

- Caso você tenha dúvida sobre cobertura de determinado evento pela AMAP, ligue para o setor de autorização do PLANO AMAP munido do pedido médico.
- Lembramos que para fazer essa consulta às atendedoras, é necessário que no pedido do médico contenha o código do procedimento, de acordo com a Tabela, em razão de alguns serem específicos.
- Quando voltar ao seu médico para avaliar os resultados dos exames pedidos, você não vai precisar assinar um novo comprovante de atendimento, desde que o retorno aconteça em no máximo 30 (trinta) dias. Procure sempre atender este prazo.
- Também não se constituem em objeto de cobrança de nova consulta: aplicação de medicamentos; aplicação de curativos; retirada de pontos; retirada de aparelho gessado, verificação de lentes de óculos/lentes de contato; verificação de botas ortopédicas.
- As solicitações para realização de exames tem validade de 60 dias.
- Só procure um pronto-socorro ou hospital se for realmente um caso de emergência. Nos atendimentos feitos nesses locais, o médico não conhece o paciente e está lá para resolver casos graves e urgentes e não para fazer uma consulta como se estivesse no seu consultório.
- Após qualquer consulta no pronto-socorro, comunique logo ao seu médico de confiança.
- Todos na sua família devem ter o seu médico: pediatra para as crianças, médico clínico para os adultos e ginecologista para a mulher. Sempre que você precisar de um atendimento médico, dê preferência ao médico de sua confiança.