

PLANO MEDIDA CERTA STANDARD

Carências

Urgência e Emergência: 24 horas

Consulta Eletivas: 30 dias

Exames Simples: 60 dias

Exames Especiais: 90 dias

Exames de Diagnóstico / Terapias / Procedimentos Ambulatoriais / Procedimentos de Alta Complexidade / Internações Clínicas / Psiquiátricas e Cirúrgicas: 180 dias

Partos e Termo: 300 dias

Padrão de Conforto: 180 dias

Doenças de Lesões Preexistentes (CPT): 24 meses

Características do Plano de Saúde

Nome do produto contratado: Medida Certa

Número de registro do produto na ANS: 456.694/08-7

Tipo de contratação: Coletivo (Enfermaria)

Segmentação assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Abrangência geográfica: Grupo municípios

Área de atuação: Adolfo, Auriflama, Bady Bassit, Bálsamo, Barretos, Buritama, Cedral, Colina, Colômbia, Fernandópolis, General Salgado, Guaíra, Guapiaçu, Ibirá, Icém, Irapuã, Jaborandi, Jaci, Jales, José Bonifácio, Macaubal, Mendonça, Mirassol, Monte Aprazível, Neves Paulista, Nhandera, Nipoã, Nova Aliança, Nova Granada, Olímpia, Palestina, Paulo de Faria, Poloni, Potirendaba, Rubineia, Sales, Santa Clara d'Oeste, Santa Fé do Sul, São José do Rio Preto, Tanabi e Urupês, localizados no Estado de São Paulo, Aparecida do Taboado,

no estado Mato Grosso do Sul, Carneirinho, Fronteira, Frutal, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pirajuba, Planura, São Francisco de Sales, União de Minas e Uberaba, em Minas Gerais.

Formação do preço: Preestabelecido

Fator moderador: Coparticipação e Franquia

Serviços e coberturas adicionais: Urgência e Emergência fora da abrangência geográfica, nos termos do presente contrato.

Padrão de acomodação: Coletivo (Enfermaria)

Mecanismos de regulação:

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários e aos seus dependentes regularmente inscritos no presente contrato cartões de identificação, cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com documento de identificação do beneficiário-paciente.

O (A) CONTRATANTE obriga-se a devolver, incontinentemente, à CONTRATADA os cartões de identificação dos beneficiários deste contrato em caso de rescisão, ou o do beneficiário dependente em caso de exclusão do plano, no ato de sua exclusão, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento de valores correspondentes ao eventual uso indevido das coberturas assistenciais constantes do presente contrato.

Pelas mesmas penas responderá o/(a) CONTRATANTE em caso de extravio dos referidos cartões de identificação, sem comunicação imediata e por escrito à CONTRATADA para que esta tome providências cabíveis.

DA UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA, DO ACESSO AOS SERVIÇOS COBERTOS E DA DINÂMICA DE ATENDIMENTO DA COPARTICIPAÇÃO E DA FRANQUIA HOSPITALAR.

A CONTRATADA colocará à disposição dos beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde a que alude este contrato, para a cobertura assistencial ora

contratada, centros médicos, ambulatórios, laboratórios, consultórios, hospitais e respectivos profissionais da área da saúde, constantes do Manual de Orientação do Beneficiário, o qual será sempre mantido atualizado em sítio na internet.

A CONTRATADA manterá sempre atualizada, em seu sítio na internet, a relação dos prestadores de serviços constantes do Manual de Orientação do Beneficiário.

A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários e aos seus dependentes regularmente inscritos no presente contrato cartões de identificação, cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com documento de identificação do beneficiário-paciente.

O beneficiário se obriga a devolver, incontinenti, à CONTRATADA os cartões de identificação seus e dos seus beneficiários – dependentes incluídos neste contrato em caso de sua exclusão do plano, sob pena de a/(o) CONTRATANTE se responsabilizar pelo pagamento de valores correspondentes ao eventual uso indevido de coberturas assistenciais constantes do presente contrato.

Pelas mesmas penas responderá a/(o) CONTRATANTE no caso de o beneficiário extraviar os referidos cartões de identificação, sem comunicação imediata e por escrito à CONTRATADA para que esta tome providências cabíveis.

A CONTRATADA poderá proceder à substituição de um ou de todos os hospitais, constantes do mencionado Manual de Orientação do Beneficiário, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos. Poderá, ainda, proceder à substituição dos demais serviços credenciados.

Quando houver descredenciamento ou substituição de entidade hospitalar, a CONTRATADA deverá comunicar a ANS e disso dar ciência escrita à/(ao) CONTRATANTE, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

A CONTRATADA poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei 9.656/98, mediante autorização da ANS,

proceder à redução da quantidade de hospitais referenciados no citado Manual de Orientação do Beneficiário.

Ocorrendo descredenciamentos aos quais aludem os itens supra, os beneficiários terão direito de prosseguir o tratamento em qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde integrantes da rede credenciada da CONTRATADA, sem que esta tenha obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição.

Caso ocorra descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos no presente contrato, o mesmo permanecerá internado até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da CONTRATADA.

Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor durante período de internação, a CONTRATADA responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para a/(o) CONTRATANTE.

As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela CONTRATADA, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente, integrante do corpo clínico da CONTRATADA, expressamente indicado no Manual de Orientação do Beneficiário.

Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica a que alude supra, passarão a correr, inteiramente por sua conta a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou ao profissional prestador dos serviços credenciados pela CONTRATADA o cartão de identificação do beneficiário, além de documento de identidade do beneficiário-paciente.

Em caso de internação hospitalar e exames auxiliares de diagnóstico e tratamento, o beneficiário deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, além dos documentos acima mencionados, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e assinada pela CONTRATADA.

Em hipóteses de urgência e emergência, poderá o atendimento ser feito sem guia de encaminhamento, comprometendo-se o beneficiário a providenciá-la e entregá-la ao médico ou estabelecimento que procedeu ao atendimento, até o primeiro dia útil após a utilização do serviço.

As internações feitas em caráter de emergência deverão ser comunicadas à CONTRATADA até o primeiro dia útil, mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a guia correspondente, sendo certo que a falta de comunicação no referido prazo acarretará a não cobertura, por parte da CONTRATADA, das despesas resultantes do atendimento.

Para que haja cobertura das despesas de atendimento aos beneficiários deste contrato, estes, quando pacientes, deverão ser atendidos por médicos integrantes do corpo clínico credenciado pela CONTRATADA e em estabelecimento de saúde, também por ela credenciado, ressalvada a garantia de reembolso em casos de urgência e emergência, conforme previsão legal e contratual (cláusula 7.1.8 e 7.1.8.1).

A utilização dos serviços, pelos beneficiários, far-se-á mediante guia de encaminhamento emitida pela CONTRATADA.

Atendimentos especializados, exames e tratamentos médicos complementares especiais, e internações em geral, somente poderão ser procedidos através de guia expedida pela CONTRATADA.

Atendimentos em ambulatório poderão, somente a critério da CONTRATADA, dispensar guia de encaminhamento.

Em qualquer hipótese, a utilização dos serviços dependerá da comprovação da inscrição no cadastro da CONTRATADA e da apresentação do cartão de identificação do beneficiário e obedecerá à seguinte dinâmica:

a) exames complementares e serviços auxiliares e de apoio e diagnóstico serão prestados em rede própria, contratada ou credenciada da CONTRATADA, mediante apresentação de "guia de solicitação de SP/SADT" emitida pelo médico solicitante;

b) todos os procedimentos deverão ser submetidos à autorização prévia. Para tal, as solicitações deverão ser inseridas no nosso sítio eletrônico na internet pela pessoa designada responsável do consultório médico credenciado;

c) o processo de autorização prévia é totalmente informatizado, o que não implica autorização imediata, podendo ser solicitado prazo para análise, inclusive por médico auditor, baseado nos prazos de atendimento estabelecidos pela ANS, bem como na extensão das coberturas previstas no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde da ANS, e, se houver, suas Diretrizes de Utilização - DUT, Diretrizes Clínicas para Cobertura de Procedimentos na Saúde e Protocolo de Utilização - PROUT;

d) no caso de órteses e próteses, cuja colocação exija a realização de procedimento cirúrgico e se o procedimento cirúrgico estiver listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME. Entretanto, o profissional assistente deve justificar clinicamente sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à Anvisa, que atendam às características especificadas;

e) após o solicitante ter inserido a solicitação no portal, para procedimentos que exigirem autorização prévia com análise técnica (ou seja, aqueles que não foram "autorizados automaticamente" após a solicitação no nosso autorizador), o beneficiário deverá contatar a CONTRATADA através dos canais de atendimento (WhatsApp/e-mail/telefone), ou até mesmo no setor de atendimento localizado na sede dela, para solicitar informações sobre a análise do pedido e obtenção de autorização para realização do procedimento.

Fica garantida, no caso de situações de divergências médica em autorização prévia, a definição do impasse por meio de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pela/(o) CONTRATANTE, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime ambulatorial e/ou hospitalar exceda os limites previstos no presente contrato, a responsabilidade financeira pelos atendimentos passará a ser do/(a) CONTRATANTE, que fará os pagamentos diretamente à entidade ou ao profissional prestador dos serviços.

A CONTRATANTE se obriga, ainda, quando utilização do ATENDIMENTO AMBULATORIAL, SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS, TRATAMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, pelos beneficiários titulares e/ou seus dependentes inscritos no presente contrato, a pagar à CONTRATADA a quantia estabelecida para cada procedimento relacionado no documento em anexo ao presente contrato e que, pelas partes assinadas, fica fazendo parte integrante do mesmo e serão cobradas em conjunto com taxas mensais, estas pelo sistema de pré-pagamento.

Entende-se, para fins do presente contrato, por coparticipação, a parte efetivamente paga pela CONTRATANTE à CONTRATADA, referente à relação de procedimentos cobertos pelo plano.

A coparticipação financeira deverá ser paga pela/(o) CONTRATANTE através de boleto bancário a ser encaminhado pela CONTRATADA, juntamente com o valor da mensalidade previsto nesta cláusula.

Entende-se, para fins do presente contrato, por franquia, o valor estabelecido no contrato até o qual a CONTRATADA não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso, quer nos casos de pagamento à rede credenciada. O valor fixado para a franquia será reajustado nos mesmos moldes e critérios utilizados para o reajuste do Plano, nos termos da Lei 9.656/98.

A franquia deverá ser paga pela/(o) CONTRATANTE diretamente à CONTRATADA. Nos casos de reembolso de urgência e emergência, valores fixados a título de franquia e coparticipação serão deduzidos dos valores a serem reembolsados. Os valores referentes a coparticipação e franquia serão fixados de acordo com o normativo vigente a época da contratação.

PLANO MEDIDA CERTA SÊNIOR

Carências

Urgência e Emergência: 24 horas

Consulta Eletivas: 30 dias

Exames Simples: 60 dias

Exames Especiais: 90 dias

Exames de Diagnóstico / Terapias / Procedimentos Ambulatoriais / Procedimentos de Alta Complexidade / Internações Clínicas / Psiquiátricas e Cirúrgicas: 180 dias

Partos e Termo: 300 dias

Padrão de Conforto: 180 dias

Doenças de Lesões Preexistentes (CPT): 24 meses

Características do Plano de Saúde

Nome do produto contratado: MEDIDA CERTA

Número de registro do produto na ANS: 472.114/14-4

Tipo de contratação: INDIVIDUAL/FAMILIAR

Segmentação assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Abrangência geográfica: Grupo municípios

Área de atuação: Adolfo, Auriflamma, Bady Bassit, Bálsamo, Barretos, Buritama, Cedral, Colina, Colômbia, Fernandópolis, General Salgado, Guaíra, Guapiaçu, Ibirá, Icém, Irapuã, Jaborandi, Jaci, Jales, José Bonifácio, Macaubal, Mendonça, Mirassol, Monte Aprazível, Neves Paulista, Nhandera, Nipoã, Nova Aliança, Nova Granada, Olímpia, Palestina, Paulo de Faria, Poloni, Potirendaba, Rubineia, Sales, Santa Clara d'Oeste, Santa Fé do Sul, São José do Rio Preto, Tanabi e Urupês, localizados no Estado de São Paulo, Aparecida do Taboado,

no Mato Grosso do Sul, Carneirinho, Fronteira, Frutal, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pirajuba, Planura, São Francisco de Sales, União de Minas e Uberaba, em Minas Gerais.

Formação do preço: Preestabelecido

Fator moderador: Coparticipação e Franquia

Serviços e coberturas adicionais: Urgência e emergência fora da abrangência geográfica, nos termos do presente contrato.

Padrão de acomodação: Particular/ Individual

Mecanismos de regulação:

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários e aos seus dependentes regularmente inscritos no presente contrato cartões de identificação, cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com o documento de identificação do beneficiário paciente.

O (A) CONTRATANTE obriga-se a devolver, incontinentemente, à CONTRATADA os cartões de identificação dos beneficiários deste contrato em caso de rescisão, ou o do beneficiário dependente em caso de exclusão do plano, no ato da sua exclusão, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento de valores correspondentes ao eventual uso indevido de coberturas assistenciais constantes do presente contrato.

Pelas mesmas penas responderá o/(a) CONTRATANTE em caso de extravio dos referidos cartões de identificação, sem comunicação imediata e por escrito à CONTRATADA para que esta tome providências cabíveis.

DA UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA, DO ACESSO AOS SERVIÇOS COBERTOS E DA DINÂMICA DE ATENDIMENTO DA COPARTICIPAÇÃO E DA FRANQUIA HOSPITALAR.

A CONTRATADA colocará à disposição dos beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde a que alude este contrato, para a cobertura assistencial ora

contratada, centros médicos, ambulatórios, laboratórios, consultórios, hospitais e respectivos profissionais da área da saúde, constantes do Manual de Orientação do Beneficiário, o qual será sempre mantido atualizado em sítio na internet.

A CONTRATADA manterá sempre atualizada, em seu sítio na internet, a relação dos prestadores de serviços constantes do Manual de Orientação do Beneficiário.

A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários e aos seus dependentes regularmente inscritos no presente contrato cartões de identificação, cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com documento de identificação do beneficiário paciente.

O beneficiário se obriga a devolver, incontinenti, à CONTRATADA os cartões de identificação seus e dos seus beneficiários – dependentes incluídos neste contrato em caso de sua exclusão do plano, sob pena de a/(o) CONTRATANTE se responsabilizar pelo pagamento de valores correspondentes ao eventual uso indevido das coberturas assistenciais constantes do presente contrato.

Pelas mesmas penas responderá a/(o) CONTRATANTE no caso de o beneficiário extraviar os referidos cartões de identificação, sem comunicação imediata e por escrito à CONTRATADA, para que tome providências cabíveis.

A CONTRATADA poderá proceder à substituição de um ou de todos os hospitais, constantes do mencionado Manual de Orientação do Beneficiário, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos. Poderá, ainda, proceder à substituição dos demais serviços credenciados.

Quando houver descredenciamento ou substituição de entidade hospitalar, a CONTRATADA deverá comunicar a ANS e disso dar ciência escrita à/(ao) CONTRATANTE, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

A CONTRATADA poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei 9.656/98, mediante autorização da ANS,

proceder à redução da quantidade de hospitais referenciados no citado Manual de Orientação do Beneficiário.

Ocorrendo descredenciamentos aos quais aludem os itens supra, os beneficiários terão direito de prosseguir o tratamento em qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde integrantes da rede credenciada da CONTRATADA, sem que esta tenha obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição.

Caso ocorra descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos no presente contrato, o mesmo permanecerá internado até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da CONTRATADA.

Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor durante período de internação, a CONTRATADA responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para a/(o) CONTRATANTE.

As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela CONTRATADA, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente, integrante do corpo clínico da CONTRATADA, expressamente indicado no Manual de Orientação do Beneficiário.

Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica a que alude supra, passarão a correr, inteiramente por sua conta a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou ao profissional prestador dos serviços credenciados pela CONTRATADA o cartão de identificação do beneficiário, além de documento de identidade do beneficiário-paciente.

Em caso de internação hospitalar e exames auxiliares de diagnóstico e tratamento, o beneficiário deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, além dos documentos acima mencionados, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e assinada pela CONTRATADA.

Em hipóteses de urgência e emergência, poderá o atendimento ser feito sem guia de encaminhamento, comprometendo-se o beneficiário a providenciá-la e entregá-la ao médico ou estabelecimento que procedeu ao atendimento, até o primeiro dia útil após a utilização do serviço.

As internações feitas em caráter de emergência deverão ser comunicadas à CONTRATADA até o primeiro dia útil, mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a guia correspondente, sendo certo que a falta de comunicação no referido prazo acarretará a não cobertura, por parte da CONTRATADA, das despesas resultantes do atendimento.

Para que haja cobertura de despesas de atendimento aos beneficiários deste contrato, estes, quando pacientes, deverão ser atendidos por médicos integrantes do corpo clínico credenciado pela CONTRATADA e em estabelecimento de saúde, também por ela credenciados, ressalvada a garantia de reembolso em casos de urgência e emergência, conforme previsão legal e contratual (cláusula 7.1.8 e 7.1.8.1).

A utilização dos serviços, pelos beneficiários, far-se-á mediante guia de encaminhamento emitida pela CONTRATADA.

Atendimentos especializados, exames e tratamentos médicos complementares especiais, e internações em geral, somente poderão ser procedidos através de guia expedida pela CONTRATADA.

Atendimentos em ambulatório poderão, somente a critério da CONTRATADA, dispensar guia de encaminhamento.

Em qualquer hipótese, a utilização dos serviços dependerá da comprovação da inscrição no cadastro da CONTRATADA e da apresentação do cartão de identificação do beneficiário e obedecerá à seguinte dinâmica:

a) os exames complementares e os serviços auxiliares e de apoio e diagnóstico serão prestados em rede própria, contratada ou credenciada da CONTRATADA, mediante apresentação de "guia de solicitação de SP/SADT" emitida pelo médico solicitante;

b) todos os procedimentos deverão ser submetidos à autorização prévia. Para tal, as solicitações deverão ser inseridas no nosso sítio eletrônico na internet pela pessoa designada responsável do consultório médico credenciado;

c) o processo de autorização prévia é totalmente informatizado, o que não implica autorização imediata, podendo ser solicitado prazo para análise, inclusive por médico auditor, baseado nos prazos de atendimento estabelecidos pela ANS, bem como na extensão das coberturas previstas no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde da ANS, e, se houver, suas Diretrizes de Utilização - DUT, Diretrizes Clínicas para Cobertura de Procedimentos na Saúde e Protocolo de Utilização - PROUT;

d) no caso de órteses e próteses, cuja colocação exija realização de procedimento cirúrgico e se o procedimento cirúrgico estiver listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME. Entretanto, o profissional assistente deve justificar clinicamente sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à Anvisa, que atendam às características especificadas;

e) após o solicitante ter inserido a solicitação no portal, para os procedimentos que exigirem autorização prévia com análise técnica (ou seja, aqueles que não foram "autorizados automaticamente" após a solicitação no nosso autorizador), o beneficiário deverá contatar a CONTRATADA através dos canais de atendimento (WhatsApp/e-mail/telefone), ou até mesmo no setor de atendimento localizado na sede dela, para solicitar informações sobre a análise do pedido e obtenção de autorização para realização do procedimento.

Fica garantida, no caso de situações de divergências médica em autorização prévia, a definição do impasse por meio de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pela/(o) CONTRATANTE, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime ambulatorial e/ou hospitalar exceda os limites previstos no presente contrato, a responsabilidade financeira pelos atendimentos passará a ser do/(a) CONTRATANTE, que fará os pagamentos diretamente à entidade ou ao profissional prestador dos serviços.

A (O) CONTRATANTE se obriga, ainda, quando utilização do ATENDIMENTO AMBULATORIAL, SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS, TRATAMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, pelos beneficiários titulares e/ou seus dependentes inscritos no presente contrato, a pagar à CONTRATADA a quantia estabelecida para cada procedimento relacionado no documento em anexo ao presente contrato e que, pelas partes assinadas, fica fazendo parte integrante do mesmo e serão cobradas em conjunto com taxas mensais, estas pelo sistema de pré-pagamento.

Entende-se, para fins do presente contrato, por coparticipação, a parte efetivamente paga pela/(o) CONTRATANTE à CONTRATADA, referente à relação de procedimentos cobertos pelo plano.

A coparticipação financeira deverá ser paga pela CONTRATANTE através de boleto bancário a ser encaminhado pela CONTRATADA, juntamente com o valor da mensalidade previsto nesta cláusula.

Entende-se, para fins do presente contrato, por franquia, o valor estabelecido no contrato até o qual a CONTRATADA não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso, quer nos casos de pagamento à rede credenciada. O valor fixado para a franquia será reajustado nos mesmos moldes e critérios utilizados para o reajuste do plano, nos termos da Lei 9.656/98.

A franquia deverá ser paga pela/(o) CONTRATANTE diretamente à CONTRATADA. Nos casos de reembolso de urgência e emergência, valores fixados a título de franquia e coparticipação serão deduzidos dos valores a serem reembolsados. Os valores referentes à coparticipação e franquia serão fixados de acordo com o normativo vigente na época da contratação.