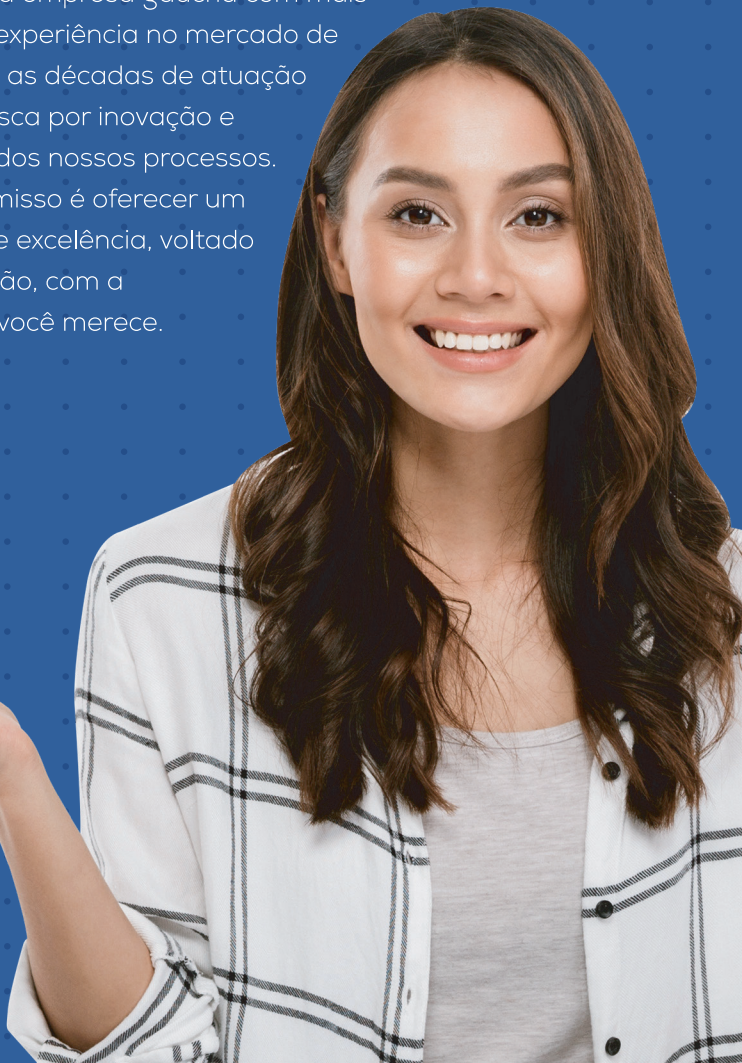
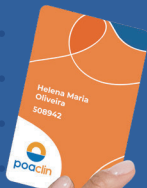


# Manual do beneficiário



# Uma vida cuidando de pessoas

A **Poaclin** é uma empresa gaúcha com mais de **37 anos** de experiência no mercado de saúde. Aliamos as décadas de atuação à constante busca por inovação e modernização dos nossos processos. Nosso compromisso é oferecer um atendimento de excelência, voltado para a prevenção, com a qualidade que você merece.



# Quem pode ser beneficiário do plano?

**A inclusão de beneficiários dependerá do tipo de contratação do seu plano.**

## **Plano de saúde individual ou familiar**

É aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar, ou seja, qualquer pessoa pode ser beneficiária de um plano de saúde individual ou familiar, não sendo necessária a comprovação de dependência financeira dos beneficiários dependentes.

## **Plano de saúde coletivo empresarial**

É aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica contratante. Isto significa que estes planos podem ter como beneficiários titulares apenas as pessoas que estiverem vinculadas à contratante. Podem ser incluídos como dependentes aqueles que comprovarem dependência financeira e vínculo familiar com o beneficiário titular e de acordo com as regras do contrato.

## **Plano de saúde coletivo por adesão**

É aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, ou seja, podem ser incluídos como beneficiários titulares de planos de saúde coletivos por adesão as pessoas que se enquadrarem nas regras de elegibilidade e possuir vínculo comprovado com entidade conveniada com a Poaclin.

# O que está coberto pelo meu plano?

## Segmentação Ambulatorial

O beneficiário do plano de saúde de segmentação ambulatorial tem direito aos atendimentos listados com esta classificação no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, incluindo:

- 1 Consultas Médicas**
- 2 Serviços de Apoio Diagnóstico**
- 3 Atendimentos de Urgência e Emergência pelo Período de até 12 horas**
- 4 Exames e Procedimentos**
- 5 Terapias**



Os atendimentos ocorrerão dentro da área de abrangência contratada.

## O que está fora da cobertura?

Estão excluídos da cobertura do plano de saúde de segmentação ambulatorial todos os procedimentos categorizados como segmentação hospitalar e odontológica. O plano de saúde de segmentação ambulatorial não cobre qualquer tipo de internação ou intervenção cirúrgica hospitalar.

A segmentação ambulatorial também não inclui atendimento ao parto. Não estão cobertos pelo plano os procedimentos classificados como estéticos.



# O que está coberto pelo meu plano?

## Segmentação ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

O beneficiário do plano de saúde de segmentação Hospitalar com Obstetrícia tem direito aos atendimentos listados com esta classificação no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, além dos atendimentos listados na segmentação ambulatorial.

- 1 Consultas Médicas**
- 2 Serviços de Apoio Diagnóstico**
- 3 Atendimentos de Urgência e Emergência**
- 4 Exames e Procedimentos**
- 5 Terapias**
- 6 Internação Hospitalar**
- 7 Partos**

Os atendimentos ocorrerão dentro da área de abrangência contratada.



## O que está fora da cobertura?

Estão excluídas da cobertura deste plano os procedimentos clínicos ou cirúrgicos não incluídos no Rol da ANS, tais como aplicação de órteses e próteses para fins estéticos.

# O que está coberto pelo meu plano?

## Segmentação Odontológica

Os beneficiários do plano com segmentação odontológica possuem a cobertura de todos os procedimentos listados conforme Rol Odontológico da Agência Nacional de Saúde.

**1 Consultas**

**3 Exames**

**2 Procedimentos**

**4 Atendimento Odontológico de Urgência e Emergência**



Os atendimentos ocorrerão dentro da área de abrangência contratada.

## O que está fora da cobertura?

Estão excluídos de todas as coberturas financeiras os tratamentos, intervenções e despesas não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento para a segmentação odontológica. Não estão inclusos procedimentos para fins estéticos, tais como implantes e aparelho ortodôntico.

## O que são carências?

A carência é o período após a contratação, contabilizado a partir da data de ingresso, no qual o beneficiário ainda não possui a cobertura de determinados serviços contratados. Verifique as carências de acordo com o seu contrato.

## O que é Cobertura Parcial Temporária (CPT)?

A cobertura parcial temporária (CPT) é a suspensão da cobertura de determinados procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados a doenças e lesões preexistentes, ou seja, que o beneficiário estava ciente de ser portador no momento do seu ingresso no plano de saúde. Na contratação ou adesão, o beneficiário ou seu responsável deverá preencher a Declaração de Saúde, declarando toda e qualquer doença que souber ser portador, a fim de evitar alegação de omissão de informação e posterior exclusão do plano.

## Como me identificar como beneficiário da Poaclin?

Para acessar o atendimento contratado, é necessário apresentar a carteirinha do beneficiário junto de um documento de identificação com foto. Nele consta o seu código de identificação, o código do plano de saúde contratado e a segmentação da contratação. Tenha o cartão de identificação em mãos ao agendar suas consultas pela Central de Marcação de Consultas da Poaclin ou em qualquer prestador credenciado.

No período que antecede o recebimento do cartão de identificação do beneficiário, os atendimentos caracterizados como urgências e emergências poderão ser realizados mediante apresentação da declaração de contratação de plano de saúde, entregue ao beneficiário no momento da contratação.



# O atendimento aos beneficiários ocorrerá nas clínicas da rede Bigmed



## Porto Alegre

**Unidade Farrapos**  
Av. Farrapos, 615  
Bairro Floresta  
Porto Alegre

**Unidade Centro**  
Rua Marechal Floriano Peixoto, 155  
Bairro Centro  
Porto Alegre

**Unidade Odontológica**  
Rua Marechal Floriano Peixoto, 155  
Bairro Centro  
Porto Alegre

## Gravataí

**Unidade Gravataí**  
Rua Benjamin Constant, 349  
Bairro Passo das Pedras  
Gravataí

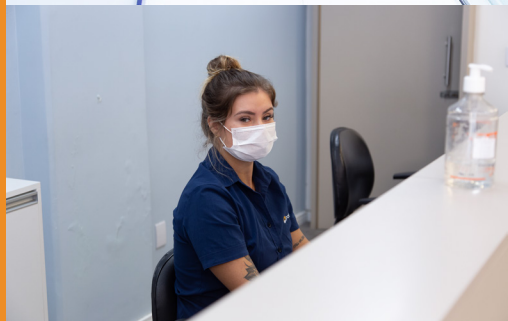
## Canoas

**Unidade Canoas**  
Av. Inconfidência, 601  
Bairro Nossa Senhora das Graças  
Canoas

**Unidade Odontológica**  
Av. Tiradentes, 97  
Bairro Centro  
Canoas

## Portão


**Unidade Portão**  
Rua Cristóvão Colombo, 687  
Bairro Boa Vista  
Portão



Estes são os locais de atendimento preferenciais. Nestes locais, o beneficiário poderá consultar em regime de pronto atendimento, sem precisar marcar consulta, em qualquer horário disponível.

Os beneficiários dos planos de segmentação ambulatorial também podem consultar em rede credenciada de pronto atendimento exclusivamente nos horários fora do atendimento das unidades próprias ou em municípios em que a Bigmed não dispuser de atendimento próprio, respeitando a área de abrangência de plano contratado.

# Como posso agendar consultas eletivas?

O agendamento de consultas eletivas pode ser realizado pelo telefone (51) 3287.3600,  WhatsApp (51) 3287.3608 ou presencialmente em nossas unidades próprias.

Os beneficiários poderão agendar consultas nas especialidades de clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e traumatologia e oftalmologia diretamente nos canais acima. As demais especialidades somente poderão ser agendadas mediante encaminhamento do médico assistente.

O agendamento com especialistas credenciados, ou seja, fora das unidades de atendimento próprias, deverá ser feito mediante guia de autorização prévia.

## Cancelamento de consultas

O beneficiário deverá comunicar o cancelamento de seu agendamento com aviso prévio de 24h em horário comercial, sujeito à cobrança de taxa conforme previsto em contrato.

# Como realizar exames e procedimentos?

Para realizar os exames e procedimentos solicitados pelo seu médico, é necessário encaminhar a solicitação ao setor de Autorizações da Poaclin via WhatsApp ou presencialmente. Tenha sua carteira de identificação de beneficiário e documento de identificação com foto.

O agendamento da realização de exames e procedimentos deverá ser realizado no local indicado na guia de autorização prévia emitida pela Poaclin.

Atenção: Guias de autorização vencidas deverão ser reemitidas no setor de Autorizações.





# Como ter acesso a consultas e sessões de terapias?



As consultas e sessões nas especialidades de nutrição, fonoaudiologia, psicoterapias, fisioterapias, entre outros, deverão ser solicitadas ao setor de Autorizações da Poaclin, mediante apresentação do encaminhamento emitido por médico assistente.

**Serão autorizados os atendimentos que se enquadrarem nas diretrizes de utilização de cada atendimento, respeitado o número de sessões anuais, de acordo com o estabelecido pela ANS.**



## Como acessar o atendimento de urgência e emergência

**Atendimento de emergência é aquele que implica em risco à vida ou de lesões irreparáveis ao beneficiário. Atendimento de urgência é aquele decorrente de acidente pessoal ou de complicações no período gestacional.**

**Os atendimentos de urgência decorrentes de acidente pessoal serão atendidos respeitando a cobertura contratada.**

Para planos com segmentação ambulatorial, o atendimento deverá respeitar o limite do período de 12 horas. Havendo necessidade de extensão do atendimento ou, mesmo antes de decorridas 12 horas de atendimento, a necessidade de internação, a responsabilidade financeira passará a ser do beneficiário titular. O plano de saúde de segmentação ambulatorial não possui cobertura para obstetrícia. Se houver necessidade de atendimento de urgência no período gestacional, a beneficiária deverá se dirigir a uma unidade SUS ou particular de sua preferência.

# Tenho direito a reembolso de despesas médicas?

Nos casos de urgência e emergência em que o beneficiário comprovadamente\* não puder utilizar os serviços disponibilizados pela Poaclin, respeitados os limites da abrangência geográfica do plano contratado, serão reembolsadas as despesas referentes ao atendimentos cobertos pelo plano contratado. Os pedidos de reembolso estão sujeitos à análise da operadora.

**Os valores reembolsados serão de acordo com os limites praticados com a rede credenciada. O beneficiário titular deverá solicitar o reembolso de despesas dentro do período de 1 ano após a realização do atendimento a ser reembolsado e deverá apresentar os originais dos seguintes documentos:**

- Relatório do médico assistente contendo diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência ou emergência;
- Recibos originais, individuais quitados dos honorários médicos. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:

- 1. Nome completo do paciente;**
- 2. Procedimento e data de sua realização;**
- 3. Atuação do médico (clínico e outros);**
- 4. Valor dos honorários;**
- 5. Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico.**

\* O beneficiário deverá apresentar declaração contendo as circunstâncias da impossibilidade do atendimento no serviço próprio ou credenciado, conforme o caso.

O reembolso será realizado 30 dias após a aceitação da documentação apresentada pelo beneficiário, através de cheque nominal ao beneficiário titular ou depósito em conta bancária indicada pelo mesmo.

**Atenção:** não serão reembolsadas despesas referentes a atendimentos eletivos realizados em caráter particular ou qualquer despesa referente a atendimentos não previstos na cobertura assistencial contratada.



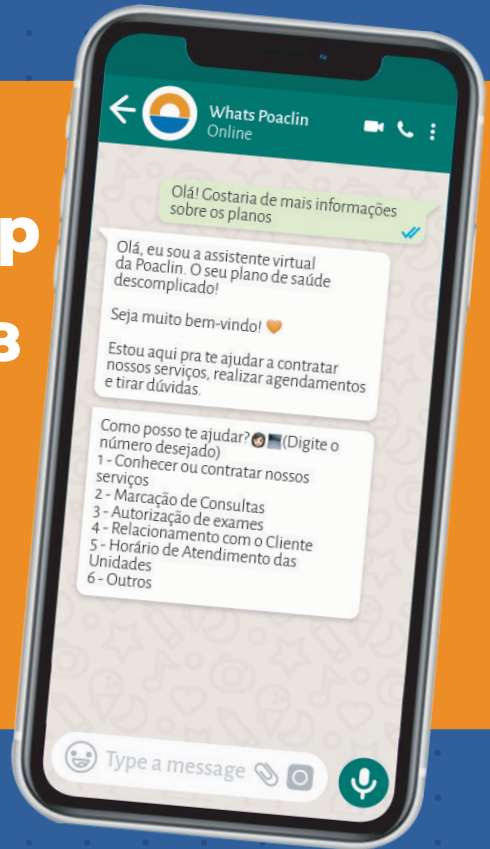
# Ficou com dúvidas?

## Resolva tudo pelo WhatsApp



**51 3287.3608**

Tire suas dúvidas, agende consultas, autorize exames, solicite 2ª de boleto e muito mais!



# Ou ligue

# 51 3287.3600

