

DECRETO Nº 5.729, DE 17 DE MAIO DE 2005.

Regulamenta o Plano de Saúde do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado – MATO GROSSO SAÚDE - Instituído pela Lei Complementar nº 127, de 11 de julho de 2003 e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso das suas atribuições que lhe confere o artigo 66, inciso III da Constituição Estadual,

DECRETA:

Art. 1º. Fica aprovado o anexo Regulamento do Plano de Saúde do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado - MATO GROSSO SAÚDE.

Art. 2º. Este decreto entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogado o Decreto nº 2.937, de 23 de abril de 2004.

Palácio Paiaguás, em Cuiabá, 17 de maio de 2005, 184º da Independência e 117º da República.

BLAIRO BORGES MAGGI

Governador do Estado

GERALDO A. DE VITTO JÚNIOR

Secretário de Estado de Administração

YURI ALEXEY VIEIRA JORGE

Presidente do Mato Grosso Saúde

REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE DO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MATO GROSSO

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Art. 1º O Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado foi criado pela Lei Complementar nº 127 de 11 de julho de 2003, sob a forma de autarquia, dotada de personalidade jurídica de direito público, com patrimônio próprio e autonomia administrativa e financeira, para disponibilizar, assistência à saúde dos servidores e pensionistas do Estado, suas autarquias e fundações, na forma do presente regulamento e da referida lei.

Parágrafo Único. No presente regulamento, o Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado será designado por MATO GROSSO SAÚDE.

CAPÍTULO II

DOS EVENTOS COBERTOS

Art. 2º Serão cobertos pelo PLANO MATO GROSSO SAÚDE todos os procedimentos especificados no Rol de Procedimentos dos Planos Ambulatoriais, Hospitalar e Hospitalar com Cobertura Obstetrícia, observando-se no que couber, a lei 9.656/98, nas seguintes coberturas:

I - consultas médicas, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

III - internações hospitalares, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

IV - internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, a critério do médico assistente;

V - despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

VI - exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

VII - toda e quaisquer taxas, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção terrestre do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista neste regulamento;

VIII - despesas de um acompanhante, no caso de pacientes menores de 12 (doze) anos e igual ou maior de 60 (sessenta) anos;

IX - assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Usuário Titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

X - transplantes de rim e córnea;

XI - transtornos psiquiátricos e dependência química dentro das seguintes limitações conforme Resolução nº 11/98 do CONSU – Conselho Nacional de Saúde Suplementar, garantindo:

a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início

imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

c) o tratamento básico é aquele prestado por médico, incluindo cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

d) o custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

e) o custeio integral de até 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

XII - fonoaudiologia e psicologia.

§ 1º A Assistência mencionada neste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde do Usuário.

§ 2º Todos os procedimentos cobertos deverão ser solicitados somente por médicos e autorizados previamente pelo MATO GROSSO SAÚDE.

§ 3º Todos os procedimentos serão pagos com base nas tabelas adotadas pelo MATO GROSSO SAÚDE.

§ 4º O MATO GROSSO SAÚDE poderá conveniar-se com outras entidades de Assistência à Saúde, em todo território nacional, visando atender a cobertura referida no “caput” deste artigo.

§ 5º O preço da diária compreende apenas o aposento, a alimentação do doente e os cuidados de enfermagem;

§ 6º Nos casos de urgência e emergência ocorridos quando o usuário estiver em outro Estado, o atendimento será feito, mediante autorização prévia do MATO GROSSO SAÚDE, observado o disposto § 3º do artigo 10;

§ 7º A assistência prevista no parágrafo anterior será prestada nos locais em que o MATO GROSSO SAÚDE possuir rede credenciada, ou nos locais onde existir assistência à saúde fornecida pelos convênios de reciprocidade;

§ 8º A assistência prevista nos incisos IV e X, serão prestadas através de convênios e critérios específicos, definidos pelo MATO GROSSO SAÚDE;

§ 9º As despesas com acompanhantes, previstas no inciso VIII, quando o paciente for igual ou maior de 60 (sessenta) anos, serão pagas somente quando houver indicação médica.

Art. 3º Excluem-se da assistência prevista no art. 2º neste regulamento:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, abrasão química, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - cirurgia de acne, fulguração de telangiectasias, gesso sintético;

IV - tratamentos relacionados com métodos de anticoncepção e infertilidade e suas conseqüências, inseminação artificial, procedimentos de esterilização, tratamentos de impotência;

V - fornecimento de medicamentos importados, não nacionalizados ou medicamentos não reconhecidos por órgão governamental competente;

VI - medicamento não constante de fatura hospitalar;

VII - aluguel de equipamentos e aparelhos, exceto aqueles necessários em regime de internação hospitalar;

VIII - consultas, serviços de enfermagem e fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

IX - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

X - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XI - doenças e acidentes provocados por ato ou operação e guerra e qualquer outra perturbação da ordem pública, envenenamento e exposição à radioatividade ou radiação de qualquer natureza de caráter coletivo, casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

- XII - medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo;
- XIII - exames do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) e acidentes do trabalho;
- XIV - tratamento de senilidade, rejuvenescimento, emagrecimento, repouso, convalescença e suas conseqüências;
- XV - tratamentos em clínicas de repouso, de emagrecimento, em estâncias hidrominerais ou hidrotermais, ou outros tipos de internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XVI - transplantes, exceto os de rim e córnea;
- XVII - cirurgia plástica com exceção das decorrentes de acidentes ou da reconstrutiva da mama decorrente de câncer;
- XVIII - "check-up" preventivo, sob regime de internação hospitalar;
- XIX - condicionamento físico, exceto em caráter temporário, decorrente de lesões traumáticas;
- XX - atos ilícitos e suas conseqüências imediatas ou tardias, tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos e alterações do corpo;
- XXI - excimer laser e demais cirurgias refrativas;
- XXII - despesas com extraordinários não relacionados com o atendimento médico-hospitalar;
- XXIII - despesas com acompanhantes no caso de internação em apartamento para pacientes com idade igual ou superior a 12 (doze) anos e inferior a 60 (sessenta) anos;
- XXIV - doenças ou lesões pré-existentes no caso de agregados;
- XXV - procedimentos, serviços e exames não previstos no artigo 2º.

§ 1º O Usuário que der causa a despesas médicas e hospitalares não cobertas pelo Plano, responderá pela totalidade das respectivas obrigações financeiras, junto ao MT SAÚDE.

§ 2º Serão pagas pelo Usuário ao MATO GROSSO SAÚDE, as diferenças de preços das tabelas dos serviços médicos e dos estabelecimentos de saúde, que sejam superiores àqueles constantes da tabela padrão adotada pelo MATO GROSSO SAÚDE.

§ 3º A exclusão das doenças ou lesões pré-existentes, no caso de agregados, prevista no inciso XXIV, serão constadas através da Declaração de Saúde de Agregado e perícia médica realizada pelo MATO GROSSO SAÚDE, observando-se para efeito de carência, o disposto no § 6º do artigo 10.

Art. 4º Quando o paciente já estiver sob os cuidados do médico responsável pela internação, não serão pagos honorários para outro médico da mesma especialidade concomitantemente.

CAPÍTULO III

DA FILIAÇÃO E EXCLUSÃO

Art. 5º Podem filiar-se ao PLANO MATO GROSSO SAÚDE:

I - como BENEFICIÁRIO TITULAR:

- a) os servidores ativos, inativos e pensionistas do Poder Executivo, suas autarquias, fundações e empresas públicas, inclusive os que ocupam cargos comissionados ou temporários;
- b) os Agentes Políticos, tais como, Governador do Estado, Deputados Estaduais, Secretários do Estado, Membros da Magistratura Estadual, Membros do Ministério Público Estadual e os Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado;
- c) o titular de qualquer espécie de pensão custeada pelos cofres estaduais.

II - como BENEFICIÁRIO CONVENIADO:

- a) os servidores e empregados, independente do regime jurídico de trabalho, dos Municípios, do Poder Legislativo, do Poder Judiciário, Ministério Público e Tribunal de Contas, respectivamente do Estado de Mato Grosso, que celebrarem o convênio com o MATO GROSSO SAÚDE.

III - como BENEFICIÁRIO FACULTATIVO:

- a) os servidores afastados ou ex-servidores, originários da condição prevista nas alíneas "a" e "b" do inciso I deste artigo.

IV - como DEPENDENTE dos Beneficiários:

- a) o cônjuge;
- b) o companheiro ou companheira reconhecido judicialmente na ausência de dependente na condição da alínea “a” deste inciso;
- c) o(a) filho(a) de qualquer condição menor de 18 (dezoito) anos;
- d) o(a) filho(a) solteiro(a), maior de 18 (dezoito) anos, absolutamente incapaz que esteja sob curatela;
- e) o(a) filho(a) solteiro(a) maior de 18 (dezoito) anos e menor de 24 (vinte e quatro) anos, desde que estudante de nível médio ou superior.

V - como AGREGADO dos Beneficiários:

- a) o ex-cônjuge, separado judicialmente ou divorciado com direito à pensão alimentícia, desde que conste expressamente do processo judicial que o Beneficiário Titular, Beneficiário Conveniado ou Beneficiário Facultativo garantirá a saúde;
- b) pai e mãe;
- c) os menores de 18 (dezoito) anos, até o segundo grau de parentesco, que comprovadamente mantenham relação de dependência e coabitação.

§ 1º Para efeitos do artigo 36 da Lei Complementar nº 127, de 11 de julho de 2003, a inscrição e filiação dos servidores que não sejam do Poder Executivo, somente poderá ocorrer após levantamento técnico realizado pelo MATO GROSSO SAÚDE, baseado em cálculos atuariais, da massa de servidores do respectivo Poder, que manifestar o interesse de usufruir da assistência à saúde operada pelo MATO GROSSO SAÚDE.

§ 2º Para efeito de denominação neste regulamento, serão designados como Usuários todos os definidos nos incisos de I a V deste artigo, exceto quando especificado;

§ 3º para efeito de denominação neste regulamento, serão considerados como Beneficiários, o Beneficiário Titular, Beneficiário Conveniado e Beneficiário Facultativo, conjuntamente, exceto quando especificado;

Art. 6º A adesão ao PLANO MATO GROSSO SAÚDE é facultativa e será efetuada pelos Beneficiários, mediante o preenchimento e apresentação dos seguintes documentos:

I - requerimento de adesão, inclusão, alteração e exclusão de usuários;

II - apresentar cópia de RG;

III - cópia de comprovante de residência;

IV - apresentar cópia do último holerite;

V - apresentar cópia do último holerite do cônjuge ou companheiro(a), quando este também se enquadrar nas condições definidas para Beneficiários;

VI - quando os Beneficiários, cônjuge ou companheiro possuírem mais de uma matrícula no Estado, deverão apresentar cópias dos holerites de todas as demais matrículas;

VII - apresentar cópia da certidão de casamento para inclusão do cônjuge;

VIII - para a inclusão de companheiro(a), apresentar cópia da sentença judicial que reconheceu a união estável;

IX - para inclusão de filhos, cópia de certidão de nascimento e/ou da carteira de identidade;

X - para inclusão de filho(a) solteiro(a) maior de 18 (dezoito) anos e menor de 24 (vinte e quatro) anos, que seja estudante de nível médio ou superior, cópia de certidão de nascimento e/ou carteira de identidade, cópia do comprovante de matrícula e cópia ou declaração de frequência escolar;

XI - para inclusão de filho(a) solteiro(a), maior de 18 (dezoito) anos, absolutamente incapaz que esteja sob curatela, cópia da certidão de nascimento e/ou carteira de identidade, relatório médico (informando a doença ou deficiência, o início da mesma e o CID), cópia da decisão judicial, que nomeou o titular como curador;

XII - para inclusão de agregados, os Beneficiários deverão apresentar cópia de RG, e documentos que comprovem tal dependência.

§ 1º Caso o cônjuge possa ser enquadrado nas condições de Beneficiários, a inclusão deverá ser feita pelo cônjuge com a maior remuneração, ficando o outro como dependente;

§ 2º Os Beneficiários são responsáveis por quaisquer débitos que venham a surgir, em decorrência da utilização do plano, tanto pela sua utilização quanto pela de seus dependentes e agregados;

Art. 7º Os Beneficiários serão excluídos do Plano nas seguintes hipóteses:

I - por sua própria vontade, mediante comunicação prévia por escrito;

II - por fraude, ou qualquer ato atentatório contra o Mato Grosso Saúde, incluindo seus funcionários e atendentes;

III - inadimplência ou falta de pagamento por período superior a 60 (sessenta dias), tanto das contribuições como de quaisquer outros valores devidos, inclusive referente a seus dependentes e agregados;

IV - pela perda da condição de servidor público, ou interromper o exercício de suas atividades funcionais sem direito a remuneração;

V - falecimento;

§ 1º A exclusão dos Beneficiários implicará no desligamento automático de seus dependentes e agregados.

§ 2º A exclusão dos Beneficiários, seus dependentes ou de seus agregados, seja por quaisquer motivos, não lhes assegurarão o direito de ressarcimento, indenização ou devolução de quaisquer importâncias por estes recolhidas, a qualquer título.

§ 3º O MATO GROSSO SAÚDE, não se responsabilizará, de forma alguma, por quaisquer conseqüências oriundas das inclusões, manutenções ou exclusões indevidas de dependentes e agregados.

§ 4º A exclusão do usuário não implicará em isenção da contribuição devida no mês da exclusão, como também de valores que venham a surgir decorrentes dos atendimentos prestados conforme legislação vigente e o disposto neste Regulamento, sendo certo, ainda, que a exclusão do Usuário durante sua internação, fará com que as despesas daí decorrentes sejam de responsabilidade dos Beneficiários.

§ 5º No caso previsto no inciso IV, os Beneficiários poderão continuar no plano, desde que manifestem esse desejo por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data da perda da condição de servidor público, e, contribuam conforme a tabela de agregado inclusive referente a seus dependentes, conforme faixas etárias definidas.

§ 6º No caso previsto no inciso V, os dependentes dos Beneficiários terão o prazo de 30 (trinta) dias, a contar do fato, para manifestar sobre sua permanência ou não no PLANO MATO GROSSO SAÚDE.

Art. 8º O dependente será excluído do Plano nas seguintes hipóteses:

I - por solicitação dos Beneficiários, mediante comunicação prévia por escrito;

II - para o cônjuge, pela anulação do casamento, pela separação judicial ou pelo divórcio;

III - para o(a) companheiro(a), pela dissolução da união estável, assim reconhecida judicialmente;

IV - pelo falecimento dos Beneficiários, observado o disposto no § 6º do artigo. 7º;

V - pela perda da condição de Usuários dos Beneficiários;

VI - para os filhos definidos no artigo 5º, inciso IV, alínea “e”, que não comprovarem sua matrícula regular no nível médio ou superior;

VII - falecimento do dependente.

Art. 9º O agregado será excluído do Plano nas seguintes hipóteses:

I - por solicitação dos Beneficiários, mediante comunicação prévia por escrito;

II - pelo falecimento dos Beneficiários;

III - pela perda da condição de Usuários dos Beneficiários;

IV - para os menores de 18 (dezoito) anos, até o segundo grau de parentesco, que comprovadamente mantenham relação de dependência e coabitação, quando não comprovarem ou renovarem as respectivas declarações;

V - falecimento do agregado.

CAPÍTULO IV

DAS CARÊNCIAS

Art. 10 Para utilização pelos Usuários dos serviços especificados neste regulamento deverão ser observados os seguintes períodos de carência, conforme classificação adotada pelo PLANO MATO GROSSO SAÚDE:

- a) para consultas e exames complementares: 90 (noventa) dias;
- b) para procedimentos ambulatoriais, hospitalares, psicológicos e fonoaudiológicos: 180 (cento e oitenta) dias;
- c) para assistência médica relativa a gravidez: 270 (duzentos e setenta) dias.

§ 1º A inclusão de dependentes recém-nascidos ou adotados, efetuadas no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da realização do parto ou da adoção, fará com que seja aproveitado o período de carência já cumprido pelo Beneficiário Titular.

§ 2º Quando o atendimento de urgência ou emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, o atendimento estará limitado até as primeiras 12 (doze) horas em ambulatório, sem a incidência da co-participação, sendo que após esse tempo as despesas ficarão por conta dos Beneficiários.

§ 3º Para o cumprimento do disposto neste Regulamento, consideram-se:

I – Urgências: são os atendimentos, resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

II – Emergência: são os atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

§ 4º A contagem da carência é individual e será efetuada após o pagamento da primeira contribuição.

§ 5º Serão observadas as carências definidas neste artigo, para quaisquer Usuários, que por quaisquer motivos, sejam excluídos do plano, e que venham a aderir novamente, desde que ultrapassados o período de 30 (trinta) dias da data de seu desligamento.

§ 6º Quaisquer tratamentos, atendimentos ou internações oriundas das patologias constantes na Declaração de Saúde de Agregado terão carência de 24 meses.

Art. 11 Não haverá contagem de carência para os Usuários que já possuírem outro plano de saúde há mais de um ano e comprovarem através de cópia de contrato e dos devidos comprovantes de pagamentos.

Parágrafo único – A isenção de carência de que trata o *caput* somente será aplicada àqueles que concluírem a sua adesão no MATO GROSSO SAÚDE no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de seu desligamento do outro plano.

CAPÍTULO V

DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS

Art. 12 Os credenciamentos de médicos, hospitais, clínicas, laboratórios e demais estabelecimentos de serviços à saúde e os profissionais da área de saúde, serão firmados pelo MATO GROSSO SAÚDE.

Art. 13 Para o credenciamento dos prestadores de serviços, serão considerados, dentre outras definidas no edital de credenciamento:

- I - o interesse do prestador de serviço em atender os Usuários do PLANO MATO GROSSO SAÚDE, externado através de expressa solicitação de credenciamento;
- II - a necessidade dos serviços a serem prestados;
- III - o número de médicos e estabelecimentos de serviços de saúde já credenciados na especialidade;
- IV - a localidade onde está situado o consultório médico ou o estabelecimento de serviço de saúde;
- V - a qualidade da estrutura física;

VI - o número de Usuários residentes na cidade ou localidade.

§ 1º O MATO GROSSO SAÚDE poderá substituir a, qualquer tempo, a entidade hospitalar mediante comunicação aos Usuários, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§ 2º Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade do MATO GROSSO SAÚDE, durante período de internação de qualquer Usuário, o estabelecimento manterá a internação nas mesmas condições, sendo pago pelo MATO GROSSO SAÚDE, conforme disposto neste regulamento, todas as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente.

§ 3º Excetua-se do previsto no § 2º, os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando o MATO GROSSO SAÚDE arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para os Usuários.

Art. 14 A fiscalização da assistência prestada pelos prestadores de serviços nos termos deste regulamento será efetuada, em conjunto, pelo MATO GROSSO SAÚDE e pelos Usuários.

Parágrafo Único. A notícia de irregularidade ou inadequação de qualquer dos serviços credenciados, poderá, por ato do MATO GROSSO SAÚDE, implicar na instauração de sindicância, visando à constatação do fato noticiado, que se confirmado poderá dar ensejo à penalidade, inclusive, rescisão contratual.

Art. 15 Os credenciados poderão deixar de sê-lo por ato unilateral do MATO GROSSO SAÚDE, sem qualquer formalidade, se for comprovado justo motivo, devendo ser objeto de comunicação aos Usuários, mediante publicação no órgão de divulgação do MATO GROSSO SAÚDE.

Art. 16 O MATO GROSSO SAÚDE poderá manter convênio de reciprocidade com outras entidades a fim de proporcionar a ampliação da rede de credenciados a outros locais em que não possua rede de credenciados próprios.

Art. 17 O MATO GROSSO SAÚDE poderá celebrar convênios com os municípios do Estado de Mato Grosso, pessoas jurídicas de direito público federal, empresas públicas controladas pelo Estado, na forma deste regulamento para a prestação de operações de assistência à saúde dos respectivos Usuários.

CAPÍTULO VI

DA FORMA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Art. 18 Os Usuários serão atendidos por médico ou estabelecimento de serviço de saúde de sua livre escolha, desde que este seja credenciado pelo MATO GROSSO SAÚDE, nos termos deste regulamento.

Art. 19 Os serviços de anestesiologia deverão ser ajustados antecipadamente, entre o paciente ou seu responsável e o cirurgião, o qual indicará o profissional da especialidade dentre os credenciados pelo MATO GROSSO SAÚDE.

Parágrafo Único. Se a indicação recair em profissional não credenciado com o MATO GROSSO SAÚDE, o pagamento dos seus honorários será de exclusiva responsabilidade do Usuário.

Art. 20 Para utilização dos serviços de saúde disponibilizados neste Regulamento, o Usuário deverá se dirigir a qualquer prestador de serviço, credenciado pelo MATO GROSSO SAÚDE, apresentar sua carteira do MATO GROSSO SAÚDE juntamente com um documento de identificação (RG).

Art. 21 O atendente ou recepcionista do prestador deverá solicitar ao MATO GROSSO SAÚDE, uma autorização para o atendimento de qualquer dos Usuários, reservando ao MATO GROSSO SAÚDE o direito de não fornecer a autorização, quando verificar impedimentos de ordem administrativa ou técnica.

Art. 22 Em qualquer caso de negativa, o usuário ou o atendente poderá solicitar maiores informações através dos serviços de “call center” disponibilizados pelo MATO GROSSO SAÚDE.

Parágrafo único: O usuário do MATO GROSSO SAÚDE que, exclusivamente em decorrência de problemas operacionais na rede credenciada, pagar pelas despesas médico-hospitalares, terá direito ao reembolso do valor dispensado, observados os seguintes requisitos:

- a) serão passíveis de reembolso somente os procedimentos previstos no artigo 2º;
- b) os valores respectivos serão calculados com base na tabela do Mato Grosso Saúde vigente na data do referido pagamento;
- c) o requerimento de reembolso deverá ser encaminhado ao Presidente do Mato Grosso Saúde para análise, devidamente acompanhado da nota-fiscal ou do comprovante de pagamento do mesmo e descrição médica do procedimento realizado;
- d) os valores somente serão reembolsados ao usuário mediante parecer favorável da equipe-técnica responsável.

Art. 23 Os Usuários responderão integralmente pelo ônus decorrente da contratação de honorários médicos e de outros serviços quando:

- I - omitir sua condição de inscrito no PLANO MATO GROSSO SAÚDE em entidade credenciada;
- II - utilizar dos serviços credenciados durante as carências previstas no artigo 10;
- III - na hipótese do parágrafo único do artigo 19.

CAPÍTULO VII

DA FORMA DE CUSTEIO

Art. 24 A despesa decorrente de assistência à saúde, nos termos deste regulamento, serão custeadas pelas receitas previstas no art. 30 deste regulamento.

Art. 25 A atribuição das contribuições previstas no inciso I do art. 30, serão feitas da seguinte forma:

I - para os Beneficiários e seus dependentes:

- a) plano MATO GROSSO SAÚDE PADRÃO – Acomodação Enfermaria: 5,5% (cinco vírgula cinco por cento) sobre a remuneração dos Beneficiários, não podendo este valor ser superior a R\$ 290,00 (duzentos e noventa reais) e nem inferior a R\$ 36,00 (trinta e seis reais);
- b) plano MATO GROSSO SAÚDE ESPECIAL – Acomodação Apartamento: 8,5% (oito vírgula cinco por cento) da remuneração dos Beneficiários, não podendo este valor ser superior a R\$ 406,00 (quatrocentos e seis reais) e nem inferior a R\$ 50,40 (cinquenta reais e quarenta centavos).

II - para os agregados, a contribuição mensal será da seguinte forma:

Faixa Etária	BÁSICO	ESPECIAL
0 a 17 anos	39,30	47,16
18 a 29 anos	57,35	68,82
30 a 39 anos	72,65	87,18
40 a 49 anos	84,99	101,99
50 a 58 anos	118,85	142,62
De 59 acima	273,08	327,69

§ 1º Sempre que ocorrer mudança na faixa etária do agregado, a respectiva contribuição mensal será reajustada automaticamente, a partir do mês subsequente.

§ 2º Os percentuais de desconto dos Beneficiários e a tabela de agregados serão definidos pelo MATO GROSSO SAÚDE juntamente com o Conselho Deliberativo, definido no seu Regimento Interno, a cada ano cível, considerando os estudos e análises apresentadas pelas consultorias contratadas.

§ 3º Para efeito da remuneração dos Beneficiários, citada no inciso I deste artigo, considerar-se-á, a soma mensal paga ou creditada pelo Estado, a qualquer título, excluindo-se somente os pagamentos ou créditos de natureza indenizatória ou eventual, tais como: honorários, diárias, 13º salário, adiantamentos, e ajuda de custo, observado quanto ao valor da contribuição, o limite máximo estabelecido para o plano escolhido.

§ 4º Em caso de acumulação de remuneração, proventos ou pensão paga pelos cofres públicos, a base de cálculo para a contribuição será constituída pela soma do total pago ou creditado, observado, quanto ao valor à contribuição, o limite máximo estabelecido para o plano escolhido, inclusive quando os Beneficiários possuírem mais de uma matrícula no Estado.

§ 5º Quando ambos os cônjuges ou companheiros entre si forem servidores públicos, será considerado como dependente o de menor renda.

§ 6º O pagamento das contribuições mensais, co-participações e demais valores dos agregados, serão efetuadas pelos Beneficiários através de Boleto Bancário ou através de outras formas que venham a ser definidas pelo MATO GROSSO SAÚDE.

Art. 26 Os Beneficiários poderão optar a qualquer tempo pelo plano PADRÃO ou ESPECIAL.

§ 1º Quando os Usuários do plano com acomodação em enfermaria (PADRÃO) optarem em migrar para o de apartamento (ESPECIAL), deverão cumprir carência de 06 (seis) meses para uso desta acomodação, podendo neste período, caso necessário e dentro das carências já cumpridas, utilizar a acomodação em enfermaria.

§ 2º Para os procedimentos relacionados a parto, a carência será de 270 (duzentos e setenta) dias.

§ 3º Quando os Beneficiários optarem por mudar de plano, obrigatoriamente os acompanharão os seus dependentes.

§ 4º Os agregados poderão aderir em plano diferente dos seus Beneficiários.

Art. 27 Os Usuários serão considerados inclusos no plano após o pagamento da primeira contribuição.

Art. 28 O não pagamento das contribuições, co-participações e demais valores, após 30 (trinta) dias, independente do recebimento de aviso, garante a suspensão dos atendimentos até a quitação dos débitos.

Art. 29 Os critérios para a cobrança e pagamentos dos valores devidos serão de responsabilidade do MATO GROSSO SAÚDE, o qual definirá os mecanismos que melhor lhe convier.

§ 1º Os valores devidos pelos Usuários serão descontados prioritariamente na folha de pagamento dos Beneficiários.

§ 2º O não pagamento ou a impossibilidade de se efetuar quaisquer descontos sobre o salário, por quaisquer motivos, implicará no acréscimo de juros legais de 1% (um por cento) ao mês, calculado “pro rata die”, e de atualização monetária pelo INPC/IBGE, ou outro índice que o substitua, até a data do efetivo pagamento, acrescidos de multa correspondente de 2% (dois por cento) sobre o valor devido, devidamente acrescido dos encargos de mora atrás definidos.

§ 3º Os Beneficiários que, por quaisquer motivos, não tiverem em sua folha de pagamento, os descontos referentes ao PLANO MATO GROSSO SAÚDE, deverá efetuar o recolhimento de seus débitos junto ao MATO GROSSO SAÚDE ou a quem este designar.

CAPÍTULO VIII

DO MOVIMENTO FINANCEIRO

Art. 30 Constitui-se receita do MATO GROSSO SAÚDE:

- I - contribuições dos Usuários;
- II - co-participações e demais valores devidos pelos Usuários;
- III - contribuições suplementares, complementares ou extraordinárias autorizadas em lei;
- IV - contribuição mensal do Estado;
- V - doações, legados, subvenções e outras rendas eventuais;
- VI - reversão de qualquer importância;
- VII - prêmios e outras rendas provenientes de seguros e serviços efetuados pelo MATO GROSSO SAÚDE;
- VIII - contribuições pela prestação de serviços a outras instituições legalmente autorizadas;
- IX - juros, multas e correção monetária de pagamento de quantias devidas ao Instituto;
- X - taxas, contribuições, percentagens e outras importâncias devidas em decorrência de prestação de serviços;
- XI - rendas resultantes de locação de imóveis;
- XII - rendas resultantes de aplicações financeiras, inclusive dos fundos de reserva.

Art. 31 Constitui-se patrimônio do MATO GROSSO SAÚDE:

- I - bens móveis e imóveis;
- II - reservas técnicas.

CAPÍTULO IX

DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 32 Para efeito de regular a demanda, serão utilizados os seguintes mecanismos de regulação:

a) co-participação - será cobrada dos Usuários as seguintes coparticipações, sobre os procedimentos exclusivamente ambulatoriais e nas internações previstas no quadro abaixo:

Grupos de Procedimentos	Limites	Co-participação
Consulta médica ou psiquiátrica:	Até 02 consultas De 03 consultas acima	0 % 30%
Exames laboratoriais e radiológicos	Sem Limites	15 %
Fonoaudiologia, fisioterapias e terapias Sequenciais com indicação médica.	Até 30 sessões Acima de 30 sessões	30 % 50%
Ergonomia, ecocardiografia, tomografia, ressonância magnética, cineangiogramas, endoscopia, holter, litotripsia, ultrassonografia, videolaparoscopia.	Até 02 exames Acima de 02 exames	10 % 20%
Quimioterapia, hemodiálise, diálise e radioterapia.	Sem Limites	0 %
Internação psiquiátrica incluindo diárias, materiais e medicamentos.	Até 30 dias Acima de 30 dias	0 % 100%
Internação dependência química incluindo diárias, materiais e medicamentos.	Até 15 dias De 16 a 30 dias Acima de 30 dias	0 % 50% 100%
Psicoterapia de crise	Até 12 sessões De 13 a 24 sessões Acima de 24 sessões	0 % 50% 100%
Tratamentos ambulatoriais	Sem Limites	10 %

b) autorização prévia - todo procedimento deverá ser autorizado previamente pelo MATO GROSSO SAÚDE.

c) direcionamento - o Usuário deverá preferencialmente realizar os procedimentos previamente determinados no credenciado escolhido pelo MATO GROSSO SAÚDE

Parágrafo Único. A contagem das utilizações será feita através da data de execução do procedimento considerando o período de janeiro a dezembro de cada ano, independente da data da sua adesão.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 33 O presente regulamento e as demais definições necessárias ao funcionamento do plano serão aprovados pelo presidente do MATO GROSSO SAÚDE.

Parágrafo único – Os casos omissos serão devidamente resolvidos pelo MATO GROSSO SAÚDE, mediante a edição de atos normativos.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34 Antes de intentar qualquer ação judicial ou extrajudicial contra o MT SAÚDE, os Beneficiários que se julgarem prejudicados em relação à assistência promovida, deverão dirigir-se, por escrito, ao MATO GROSSO SAÚDE, aguardando solução de sua reclamação por 30 (trinta) dias.

Art. 35 Toda e qualquer alteração efetuada neste regulamento, deverá estar em conformidade com o disposto na legislação vigente.

Art. 36 Caberá, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da ciência do interessado:

I - reclamação ao Conselho Deliberativo do Plano contra decisão proferida pelo MATO GROSSO SAÚDE;

II - recurso ao Conselho Deliberativo contra decisão proferida em reclamação.

Parágrafo Único. O exercício dos direitos previstos nos incisos anteriores não isenta os Beneficiários de cumprirem com seus compromissos financeiros junto ao plano.

Art. 37 Este regulamento entrará em vigor na data da sua publicação.