

Condições Gerais

Guia de Leitura Contratual

Operadora: MetLife Planos Odontológicos Ltda.

CNPJ: 03.273.825/0001-78

Nº de registro da ANS: 406.481

Nº de registro Produto: 470.627/14-7

Site: www.metlife.com.br

Para consultas, informações gerais e reclamações, ligue para a central de atendimento exclusiva para clientes: 3003 3046 - Capitais e grandes centros

0800 728 3046 - Demais localidades

Página do
Contrato

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	8
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	8
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	N/A
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	8
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	10
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	10
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	N/A

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	12
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	16
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	12
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	20
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	18
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita o direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	N/A

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.





Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
auditoria@ans.gov.br

Sumário

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL.....	2
I. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA.....	5
II. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE	5
III. OBJETO DO CONTRATO	5
IV. NATUREZA DO CONTRATO	5
V. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	6
VI. TIPO DE CONTRATAÇÃO.....	6
VII. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	6
VIII. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO ODONTOLÓGICO	6
IX. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	6
X. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	8
XI. EXCLUSÕES DE COBERTURA	9
XII. VIGÊNCIA.....	10
XIII. CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA	10
XIV. PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	10
XV. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	11
XVI. ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	12
XVII. MECANISMOS DE REGULAÇÃO	14
XVIII. FORMAÇÃO DE PREÇO	16
XIX. PAGAMENTO DA MENSALIDADE	16
XX. REAJUSTE	16
XXI. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	17
XXII.CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	17
XXIII. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	17
XXIV. RESCISÃO.....	19
XXV. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	19
XXVI. ELEIÇÃO DE FORO	22
ANEXO I – PROCEDIMENTOS COBERTOS	24
ANEXO II – TABELA DE REEMBOLSO	28
MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE.....	45

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA INDIVIDUAL OU FAMILIAR POR COBERTURA DE CUSTOS ASSISTENCIAIS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS

I. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

- 1.1 **METLIFE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA**, empresa inscrita no CNPJ/MF sob o nº 03.273.825/0001-78, com Inscrição Estadual / SP nº ISENTA, registrada no CRO-SP sob o nº 6191 e na **ANS sob o nº 40648-1**, classificada como Operadora na ANS na modalidade Odontologia de Grupo, com sede na Rua Flórida, 1595 – 5º andar – parte, Brooklin Novo, São Paulo - SP, neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada **CONTRATADA**.

II. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

- 2.1 A **CONTRATANTE** é a pessoa física identificada e qualificada conforme dados constantes no aceite da contratação do plano, que é parte integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.
- 2.2 A **CONTRATANTE** é identificada também neste contrato como **BENEFICIÁRIO TITULAR**. O **BENEFICIÁRIO TITULAR** irá indicar expressamente no Aceite da Contratação os **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** que integrarão o contrato. **BENEFICIÁRIO TITULAR** e **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, no conjunto, serão denominados, simplesmente, **BENEFICIÁRIOS**.

III. OBJETO DO CONTRATO

- 3.1 O objeto deste Contrato é a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º, da Lei nº 9.656/98, visando à Assistência Odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à saúde bucal, e do Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS, vigente à época do evento.

IV. NATUREZA DO CONTRATO

4.1 O presente Contrato possui natureza bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para ambas as partes, considerando-se ainda, esta avença, um contrato aleatório, nos termos dos artigos 458 a 461, da Lei nº 10.406/02 (Código Civil), e um contrato de adesão, nos termos do artigo 54, da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

4.2 Outrossim, este Contrato se sujeita às normas estatuídas na Lei nº 9.656/98 (Lei dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde) e legislação específica que vier a sucedê-la.

V. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

5.1 O Plano Privado de Assistência a Saúde ora contratado é o Plano MetLife Individual First registrado na ANS sob o nº 470.627/14-7

VI. TIPO DE CONTRATAÇÃO

6.1 O Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado destina-se à contratação **Individual ou Familiar**.

VII. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

7.1 O Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado pertence à seguinte segmentação: **Odontológico**.

VIII. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO ODONTOLÓGICO

8.1 Fica estabelecido pelas partes que a cobertura do Plano ora contratado possui abrangência Nacional

IX. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

9.1 São BENEFICIÁRIOS deste contrato o **BENEFICIÁRIOTITULAR**, e as pessoas por ele indicadas seja no Aceite da Contratação ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**.

9.2 Podem ser inscritos no plano como **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:

- a) O Cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- c) Os filhos e enteados até 24 anos;

d) Os Tutelados e menores sob guarda

- 9.3 A inclusão de novos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, nas mesmas condições do titular, durante a vigência deste contrato, somente será admitida pela **CONTRATADA**, por ocasião de nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos ou casamento, e desde que solicitada no prazo máximo de até 30 (trinta) dias da data do nascimento, casamento ou da guarda judicial, sendo aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** ou **DEPENDENTE** adotante.
- 9.4 Ultrapassado o período de 30 (trinta) dias a contar da contratação do Plano será obrigatório o cumprimento de período de carência para a inclusão de novos **BENEFICIÁRIOS**, previstos na cláusula 14 deste Instrumento.
- 9.4.1 . Para efetivação destas inscrições o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar à **CONTRATADA** a correta documentação comprobatória de referida relação de dependência.
- 9.5 Os menores de 18 (dezoito) anos de idade somente poderão ser **BENEFICIÁRIOS** titulares de um contrato quando o representante Legal validar sua contratação, não sendo necessário este ser **BENEFICIÁRIO** do contrato.
- 9.6 A omissão de informações visando auferir vantagens para si próprio ou para qualquer outra pessoa, caracteriza ato ilícito no Código Civil Brasileiro, acarretando aplicação de todas as penalidades cabíveis, bem como, ressarcimento de prejuízos causados.
- 9.7 A **CONTRATADA** fornecerá para cada **BENEFICIÁRIO** cartão de identificação virtual para acesso a dentistas pertencentes a Rede Credenciada da **CONTRATADA**, e compatíveis com o Plano ora contratado, desde que acompanhado de documento de identificação com foto e comprovante de pagamento.

Caso o **BENEFICIÁRIO** não esteja portando o cartão de identificação virtual poderá apresentar-se para a rede credenciada portando documento com foto e número do CPF.

Seguem abaixo as formas de obtenção da Carteirinha Virtual:

- No Aplicativo da **CONTRATADA** (MetLife Brasil),
- Através da área restrita do beneficiário no site da **CONTRATADA** (www.metlife.com.br),
- Através Central de Atendimento: (3003 3422 (capitais e grandes centros), 0800 746 3422 (demais localidades)(Segunda à sexta das 9h às 18h, em todo o Brasil)

- 9.8 A **CONTRATADA** permitirá que o **BENEFICIÁRIO** excluído do contrato em razão da extinção da relação de dependência, seja incluído em novo contrato com igual cobertura, o qual deverá ser celebrado em até 30 (trinta) dias após a data de sua exclusão, para

aproveitamento do período de carência já cumprido no contrato anterior. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias, será obrigatório o cumprimento de novo período de carência.

A exclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR** do presente contrato, ressalvadas as hipóteses de rescisão por inadimplência e/ou fraude, não necessariamente extingue o presente contrato, sendo facultado aos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção de todas as obrigações decorrentes do presente Instrumento, desde que no prazo de 30 (trinta) dias seja **expressamente** manifestado o interesse na manutenção do Plano Odontológico, devendo ser indicado o responsável pelo pagamento, que será nomeado o **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

9.8.1 Diante da alteração prevista na cláusula anterior, a formalização ocorrerá através de aditivo contratual, assinado pelas Partes.

9.9 Em caso de falecimento do **BENEFICIÁRIO TITULAR** será efetivada, desde que seja formalizada por outro BENEFICIÁRIO do contrato e na data do próximo vencimento da mensalidade. Nos casos de óbito do titular e/ou responsável, o cônjuge **BENEFICIÁRIO** ou **BENEFICIÁRIO** mais idoso, passará a ser responsável pelo pagamento dos valores pactuados, tornando-se o novo BENEFICIÁRIO titular. Nesses casos, deverá ser comunicada a alteração à **CONTRATADA**, bem como, a apresentação de Certidão de Óbito para determinar a exclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

X. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

10.1 A cobertura assistencial do Plano ora contratado contempla as coberturas e procedimentos previstos no art. 12, IV, da Lei 9.656/98, compreendendo todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos de diagnóstico, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia.

10.2 Também estão cobertos pelo Plano ora contratado os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

10.3 O Rol de Procedimentos Odontológicos definido pela ANS, na RN nº 338/2013 e suas atualizações pode ser consultado no site www.ans.gov.br.

10.4 A autorização, por parte da **CONTRATADA**, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere aos **BENEFICIÁRIOS** integrantes do Plano direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera **liberalidade** da **CONTRATADA**.

XI. EXCLUSÕES DE COBERTURA

11.1 Estão excluídos da cobertura prevista neste Contrato os seguintes serviços:

11.1.1 Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento ou que não façam parte dos procedimentos cobertos neste plano.

11.1.2 Procedimentos realizados após a rescisão deste Contrato.

11.1.3 Procedimentos que requeiram atendimento domiciliar.

11.1.4 As despesas com medicamentos importados não nacionalizados e/ou prescritos para uso domiciliar

11.1.5 As despesas com serviços odontológicos de qualquer natureza, executados em ambiente hospitalar, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que necessitem de internação por imperativo clínico.

11.1.6 As despesas com internação hospitalar, honorários médicos ou de anestesistas ou qualquer outro tipo de despesas decorrente de plano de assistência à saúde, diferente do plano odontológico.

11.1.7 Procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas hospitalares.

11.1.8 A renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética na substituição de restaurações funcionais.

11.1.9 Procedimentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

11.1.10 Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

11.1.11 Serviços em ouro ou qualquer outro tipo de metal nobre.

11.1.12 Procedimentos realizados diretamente em laboratório de prótese.

11.1.13 Transporte do paciente

11.1.14 Faltas a consultas marcadas e não canceladas com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, que deverão ser indenizadas pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, em importância equivalente ao menor valor estabelecido para consulta nas Tabelas adotadas entre a Operadora e o prestador.

11.1.15 Procedimento clínico ou cirúrgico experimental.

XII. VIGÊNCIA

12.1 O presente Contrato terá vigência inicial de 12 meses, vigorando pelo prazo mínimo de 01 ano, sendo seu início a partir da assinatura do contrato ou do aceite da contratação ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

12.2 A data prevista para início de vigência do contrato poderá ser adiada em função de esclarecimentos ou novas informações que se tornem necessárias para a complementação dos dados cadastrais

12.3 A data de vencimento das parcelas mensais será a da data de Solicitação de Contratação do Plano Odontológico.

XIII. CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

13.1 Em conformidade com o art. 13, da Lei 9.656/98, após o prazo mínimo de vigência estipulado neste Contrato, não havendo manifestação expressa do **BENEFICIÁRIO TITULAR** no prazo de 60 (sessenta) dias de antecedência, o contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação ou cumprimento de novos prazos de carência.

XIV. PERÍODOS DE CARÊNCIA

14.1 Carência é o período corrido e ininterrupto em que os **BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES** devem aguardar para utilização de determinadas coberturas previstas em contrato após a contratação do plano.

14.1.1 Serão observados os seguintes prazos de carência, a contar da data de assinatura do contrato ou do aceite de contratação ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro:

a) 24 (vinte e quatro horas) para procedimentos de Urgência e Emergência;

b) 180 dias para próteses;

c) 90 dias para os demais procedimentos constantes no Rol Mínimo de procedimentos da ANS e na cobertura do produto.

XV. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

15.1 Na ocorrência de casos de Urgência/Emergência, os **BENEFICIÁRIOS** do Plano poderão ser atendidos nos consultórios e clínicas pertencentes à Rede Credenciada da **CONTRATADA**, bem como, as Clínicas de Urgência também credenciadas pela **CONTRATADA**.

15.1.1 São considerados procedimentos de urgência/emergência, para fins deste Contrato, aqueles definidos como tais no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

15.2 Nas localidades onde não houver consultórios, clínicas ou Clínicas de Urgência pertencentes à Rede Credenciada da **CONTRATADA**, os **BENEFICIÁRIOS** poderão utilizar livremente consultórios e clínicas de sua livre escolha, para atendimentos de Urgência/Emergência, assistindo-lhes, nestes casos, o direito a reembolso das despesas, dentro do limite contratual de cobertura e abrangência geográfica, conforme valores estabelecidos na **Tabela de Reembolsos** disponível neste contrato;

15.3 Durante a vigência contratual, para a solicitação do reembolso destas despesas de Urgência e Emergência, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar à **CONTRATADA**, por meio das ferramentas disponíveis no Aplicativo Metlife para Dispositivos Móveis no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da realização dos procedimentos, a seguinte documentação:

15.3.1 Discriminação dos serviços, em folha de receituário timbrada ou em ficha de exame clínico, com Carimbo, assinatura e o CRO do cirurgião-dentista responsável pelo serviço, constando:

15.3.1.1 Nome do paciente;

15.3.1.2 Especificação e discriminação de cada procedimento realizado;

15.3.1.3 Tipo de material utilizado;

15.3.1.4 Dente;

15.3.1.5 Face ou região do(s) procedimento(s);

15.3.1.6 Valor unitário e valor total cobrados;

15.3.1.7 Data ou período de realização do(s) procedimento(s).

15.3.2 Recibo ou nota fiscal original emitida pelo cirurgião-dentista ou clínica odontológica em que constem os números do CRO, do CNPJ/CPF, a data e a assinatura.

15.3.3 Radiografias dos procedimentos cirúrgicos e endodônticos, quando a técnica exigir conforme indicado nas Regras Técnicas constantes do Anexo II – Tabela de Reembolso do **CONTRATO DE ASSISTÊNCIA INDIVIDUAL OU FAMILIAR POR COBERTURA DE CUSTOS ASSISTENCIAIS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS**

15.4 Após a apresentação desta documentação completa à **CONTRATADA**, o reembolso será efetuado em até 30 (trinta) dias, através de depósito em conta corrente do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, após a apresentação de toda a documentação mencionada na cláusula 15.3, 15.3.1 subitens, 15.3.2 e 15.3.2.

15.4.1 De forma contingencial, na eventual impossibilidade de Apresentação por meio do Aplicativo Metlife dos documentos identificados no item 16.2 por o beneficiário poderá apresentá-los por meio de Correspondência enviada ao endereço Metlife Planos Odontológicos, Rua Florida, 1595 - 5º andar – A/C Reembolso Dental, CEP 04565-001 – Brooklin Novo – São Paulo (SP)

15.5 Os reembolsos somente serão efetuados após a realização dos procedimentos a que se referem e não serão inferiores aos valores praticados pela **CONTRATADA** na sua Rede Credenciada.

15.6 Não haverá reembolso:

15.6.1 De despesas com serviços não previstos na cobertura do Plano ora contratado;

15.6.2 De despesas com serviços realizados fora da abrangência geográfica do Plano ora contratado;

15.6.3 Caso seja efetivamente constatada fraude em documento ou informação pertinentes à utilização dos serviços previstos neste Contrato.

15.7 Em caso de rescisão contratual, os **BENEFICIÁRIOS** terão o prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do último dia de vigência contratual, para solicitar o reembolso e encaminhar a documentação completa requerida pela **CONTRATADA**.

XVI. ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

16.1 Além do atendimento na Rede Credenciada da **CONTRATADA**, os **BENEFICIÁRIOS** poderão utilizar livremente consultórios e clínicas de sua livre escolha, assistindo-lhes, nestes

casos, o direito a reembolso das despesas, dentro do limite contratual de cobertura e abrangência geográfica, conforme valores estabelecidos na **Tabela de Reembolsos** disponível neste contrato

16.1.1 Poderão ser realizados nos consultórios e clínicas não pertencentes à Rede Credenciada da CONTRATADA todos os procedimentos constantes no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

16.2 Durante a vigência contratual, para a solicitação do reembolso destas despesas, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar à CONTRATADA, por meio das ferramentas disponíveis no Aplicativo Metlife para Dispositivos Móveis no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da realização dos procedimentos, a seguinte documentação:

16.2.1 Discriminação dos serviços, em folha de receituário timbrada ou em ficha de exame clínico, com Carimbo, a assinatura e o CRO do cirurgião-dentista responsável pelo serviço, constando:

- 16.2.1.1 Nome do paciente
- 16.2.1.2 Especificação e discriminação de cada procedimento realizado
- 16.2.1.3 Tipo de material utilizado
- 16.2.1.4 Dente
- 16.2.1.5 Face ou região do(s) procedimento(s)
- 16.2.1.6 Valor unitário e valor total cobrados
- 16.2.1.7 Data ou período de realização do(s) procedimento(s)

16.2.2 Recibo ou nota fiscal original emitida pelo cirurgião-dentista ou clínica odontológica em que constem os números do CRO, do CNPJ/CPF, a data e a assinatura.

16.2.3 Radiografias dos procedimentos cirúrgicos, endodônticos, protéticos e de implantodontia, se cobertos pelo Plano ora contratado, quando a técnica exigir conforme indicado nas Regras Técnicas constantes do Anexo II – Tabela de Reembolso do **CONTRATO DE ASSISTÊNCIA INDIVIDUAL OU FAMILIAR POR COBERTURA DE CUSTOS ASSISTENCIAIS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS**

16.3 Após a apresentação desta documentação completa à CONTRATADA, o reembolso será efetuado em até 30 (trinta) dias, através de depósito em conta corrente do BENEFICIÁRIO requisitante, ou de outra forma a ser indicada pela BENEFICIÁRIO.

.1 De forma contingencial, na eventual impossibilidade de Apresentação por meio do Aplicativo Metlife dos documentos identificados no item 16.2 por o beneficiário poderá apresenta-los por meio de Correspondência enviada ao endereço Metlife Planos Odontologicos, Rua Florida, 1595 - 5º andar – A/C Reembolso Dental, CEP 04565-001 – Brooklin Novo – São Paulo (SP)

16.4 Os reembolsos somente serão efetuados após a realização dos procedimentos a que se referem e não serão inferiores aos valores praticados pela CONTRATADA na sua Rede Credenciada.

16.5 Não haverá reembolso:

- 16.5.1 De despesas com serviços não previstos na cobertura do Plano ora contratado.
- 16.5.2 De despesas com serviços realizados fora da abrangência geográfica do Plano ora contratado.
- 16.5.3 Caso seja efetivamente constatada fraude em documento ou informação pertinentes à utilização dos serviços previstos neste Contrato.

- 16.6 Em caso de rescisão contratual, os BENEFICIÁRIOS terão o prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do último dia de vigência contratual, para solicitar o reembolso e encaminhar a documentação completa requerida pela CONTRATADA.
- 16.7 Os valores da **Tabela de Reembolso** contratada serão reajustados anualmente, ou na menor periodicidade prevista em lei, de acordo com a variação do **IPCA**, ou, na falta deste, de acordo com o índice que o substituir.

XVII. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 17.1 A **CONTRATADA** divulgará sua Rede Credenciada em seu site (www.metlife.com.br) e através de sua Central de Atendimento Telefônico.
- 17.2 Para utilizar os serviços da Rede Credenciada da **CONTRATADA** o **BENEFICIÁRIO** deverá marcar a consulta com antecedência, exceto para casos de urgência/emergência.
- 17.2.1 Todos os atendimentos serão feitos sem a necessidade de guias ou autorizações prévias.
 - 17.2.2 O **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar, em todas as consultas, um documento de identidade com foto expedido por um órgão público ou, no caso de menor de idade, documento de identidade do responsável.
- 17.3 A **CONTRATADA** se reserva o direito de, a qualquer tempo, mediante agendamento prévio, solicitar a realização de auditoria clínica visando o esclarecimento de dúvidas técnicas e a garantia do padrão de qualidade e atendimento.

17.3.1 Fica vedada a tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame a ser realizado pela **CONTRATADA**

17.3.2 O **BENEFICIÁRIO** concorda em aceitar eventuais restrições técnicas identificadas pela **CONTRATADA**, que tenham por objetivo não cobrir procedimentos comprovadamente danosos ou inócuos a determinado **BENEFICIÁRIO**.

17.4 Os serviços **não** cobertos pelo Plano ora contratado, quando realizados na Rede Credenciada da **CONTRATADA**, serão pagos diretamente pelo **BENEFICIÁRIO** ao **cirurgião-dentista ou clínica responsável** pelo serviço e serão cobrados, de acordo com os valores negociados entre o beneficiário e o cirurgião-dentista ou clínica responsável, não cabendo à **CONTRATADA** nenhuma responsabilidade Técnica ou financeira sobre o tratamento.

17.4.1 Todas as condições de pagamento serão acordadas entre o **BENEFICIÁRIO** e o cirurgião-dentista ou clínica responsável pela realização dos procedimentos.

17.4.2 As obrigações fiscais, inclusive a emissão de recibos/notas fiscais, serão de responsabilidade exclusiva do cirurgião-dentista ou clínica responsável pela realização dos procedimentos.

17.5 Quaisquer dúvidas ou divergências de natureza odontológica, relacionadas com o objeto deste Contrato, serão resolvidas diretamente pelas partes: **BENEFICIÁRIO** e **CONTRATADA**.

17.5.1 Os casos de impasse serão solucionados por uma junta odontológica composta por três cirurgiões dentistas, sendo um nomeado pelo **BENEFICIÁRIO**, um nomeado pela **CONTRATADA**, e um terceiro, com atribuição de desempate, escolhido pelos outros dois profissionais nomeados.

17.5.2 Não havendo consenso sobre a escolha do terceiro profissional, com atribuição de desempate, esta designação será solicitada ao presidente da Associação dos Cirurgiões-Dentistas da região do **BENEFICIÁRIO**.

17.5.3 Cada parte pagará os honorários do seu profissional nomeado, exceto se o profissional nomeado pelo **BENEFICIÁRIO** pertencer à Rede Credenciada da **CONTRATADA**, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados, ficando a remuneração do terceiro profissional sob responsabilidade da **CONTRATADA**.

17.6 Havendo solicitação de exames por cirurgião dentista não credenciado à operadora, não haverá restrição na autorização, desde que os exames solicitados sejam cobertos pelo plano contratado.

XVIII. FORMAÇÃO DE PREÇO

18.1 Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são pré-estabelecidos.

XIX. PAGAMENTO DA MENSALIDADE

- 19.1 A mensalidade que o **BENEFICIÁRIO** titular pagará à **CONTRATADA** será devida por si e pelos demais **BENEFICIÁRIOS** dependentes na importância definida no aceite de Contratação.
- 19.2 Caso o **BENEFICIÁRIO** não receba instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **CONTRATADA**, não cabendo qualquer alegação posterior.
- 19.3 O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o **BENEFICIÁRIO** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.
- 19.4 Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data de aceite de Contratação, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.
- 19.5 O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.
- 19.6 Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.
- 19.7 O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

XX. REAJUSTE

- 20.1 Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, e dar-se-á mediante a aplicação do IPCA, o qual será apurado, no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 60 dias à data de aniversário do contrato - data-base. Na falta deste, de acordo com o índice que o substituir, o qual será apurado, no período de 12 meses consecutivos.

- 20.2** Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.
- 20.3** Caso nova legislação venha a admitir o reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado, quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 60%, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato.

XXI. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES

- 21.1** Plano privado de assistência à 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.
- 21.2** A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.
- 21.3** O disposto no parágrafo anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade, previstas no inciso II do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

XXII. CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES

- 22.1** O Plano ora contratado destina-se ao BENEFICIÁRIO, pessoa física, titular ou dependente.

XXIII. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- 23.1** O BENEFICIÁRIO Titular será excluído do presente Contrato quando da ocorrência das seguintes situações:
- 23.1.1** Quando devidamente comprovada a fraude em documento ou informação pertinentes à utilização dos serviços previstos neste Contrato.
- 23.1.2** Quando este Contrato for rescindido.

23.1.3 Quando ocorrer óbito do **BENEFICIÁRIO**, devendo ser enviada comprovação à **CONTRATADA**.

23.1.4 Quando ocorrer solicitação, por escrito, feita pelo **BENEFICIÁRIO** Titular inscrito no Plano de Benefícios:

23.1.4.1 A exclusão realizada dentro do período de **12 (doze) meses**, contados da inscrição do **BENEFICIÁRIO** no Plano de Benefícios, facultará a **CONTRATADA** cobrar do **BENEFICIÁRIO**, a título de cláusula penal, o correspondente a 20% das mensalidades restantes para se completar os primeiros 12 meses de vigência.

23.1.4.2 O **BENEFICIÁRIO** Titular excluído nos termos da alínea “23.1.4.1” poderá ser incluído novamente no Plano de Benefícios mediante anuência da **CONTRATADA** e observado o cumprimento de novo período de carência.

23.2 O **BENEFICIÁRIO** Dependente será excluído do presente Contrato quando da ocorrência das seguintes situações:

23.2.1 Quando perder o vínculo de dependência com o **BENEFICIÁRIO** Titular do Plano.

23.2.2 Quando devidamente comprovada a fraude em documento ou informação pertinentes à utilização dos serviços previstos neste Contrato

23.2.3 Quando este Contrato for rescindido.

23.2.4 Quando o **BENEFICIÁRIO** Titular for excluído do presente Contrato.

23.2.5 Quando ocorrer óbito do **BENEFICIÁRIO**, devendo ser enviada comprovação à **CONTRATADA**.

23.2.6 Quando ocorrer solicitação à **BENEFICIÁRIO**, por escrito, feita pelo **BENEFICIÁRIO** Titular inscrito no Plano de Benefícios:

23.2.6.1 A exclusão realizada dentro do período de **12 (doze) meses**, contados da inscrição do **BENEFICIÁRIO** no Plano de Benefícios, facultará a **CONTRATADA** cobrar da **BENEFICIÁRIO**, o correspondente a 20% das mensalidades restantes para se completar os primeiros 12 meses de vigência.

23.2.6.2 O BENEFICIÁRIO Titular excluído nos termos da alínea “23.2.6.1” poderá ser incluído novamente no Plano de Benefícios mediante anuência da **CONTRATADA** e observado o cumprimento de novo período de carência.

23.3.1 O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

XXIV. RESCISÃO

24.1 A operadora terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo.

24.2 O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput se encontra condicionado à inequívoca notificação do devedor até o quinquagésimo dia de inadimplência.

24.3 Independentemente das consequências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o BENEFICIÁRIO e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

24.4 A omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo BENEFICIÁRIO para auferir vantagens próprias ou para seus dependentes é reconhecida como violação ao contrato, permitindo a operadora buscar a rescisão do contrato por fraude.

24.5 O BENEFICIÁRIO terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo. Entretanto, se a rescisão ocorrer no primeiro ano de vigência do contrato, o BENEFICIÁRIO pagará multa de 20% das mensalidades restantes para se completar os primeiros 12 meses de vigência.

XXV. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 São obrigações da CONTRATADA:

25.1.1 Efetuar os pagamentos, por conta e ordem dos BENEFICIÁRIOS, aos cirurgiões-dentistas e clínicas pertencentes a sua Rede Credenciada, dos serviços cobertos pelo Plano ora contratado realizados nos BENEFICIÁRIOS deste Contrato.

25.1.2 Efetuar os reembolsos previstos neste Contrato conforme condições convencionadas.

25.1.3 Disponibilizar uma Rede Credenciada selecionada por critérios de formação profissional, localização, instalações, higiene, equipamentos e habilitação profissional e manter os BENEFICIÁRIOS informados quanto às alterações que eventualmente ocorram na relação de credenciados.

25.1.5 Esclarecer plenamente aos BENEFICIÁRIOS sobre as corretas condições de utilização do Plano ora contratado, visando a prevenção de erros de expectativa e interpretação.

25.2 São obrigações do BENEFICIÁRIO:

25.2.1 Efetuar os pagamentos à CONTRATADA em conformidade com a forma, os valores e as datas estipuladas neste Contrato.

25.2.2 Informar a CONTRATADA sobre as atualizações de todos os dados cadastrais exigidos pela legislação vigente.

25.3 Os tributos decorrentes dos serviços prestados relacionados a este Contrato, inclusive o ISS, são de exclusiva responsabilidade da CONTRATADA.

25.4 A CONTRATADA prestará os serviços seguindo as leis, regulamentos, decretos e/ou decisões governamentais oficiais pertinentes ao país, inclusive, entre outras, aquelas ligadas à saúde, segurança e proteção ao meio ambiente.

25.5 Caso haja qualquer falha de informação cadastral dos BENEFICIÁRIOS, que venha a causar eventual aplicação de penalidade administrativa oriunda, exclusivamente, da inobservância das normas emanadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a respeito de dados cadastrais de BENEFICIÁRIOS e legitimidade para ingresso no Plano Odontológico, tais como, mas não se limitando a, fornecimento de dados incorretos, fraudulentos ou não fornecimento de dados, desde que tais prejuízos tenham sido fixados em decisão administrativa irreversível, o BENEFICIÁRIO se compromete a indenizar e ressarcir a CONTRATADA pela aplicação dessa penalidade pelo órgão regulador.

25.6 Eventuais dúvidas, obscuridades, contradições ou discussões a respeito do cumprimento do presente Contrato deverão ser dirimidas de comum acordo entre as partes.

25.7 Fazem parte do contrato quaisquer documentos entregues ao BENEFICIÁRIO que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde.

Integram este contrato, para todos os fins de direito, O aceite de contratação pelo BENEFICIÁRIO, o Cartão de Identificação Virtual, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

25.8 O direito ao credenciamento e descredenciamento, de qualquer prestador de serviço, é de competência exclusiva da CONTRATADA, que o usará sempre com o objetivo de melhoria da qualidade do atendimento para os seus BENEFICIÁRIOS. Em caso de descredenciamento, a CONTRATADA providenciará uma alternativa para a continuidade do tratamento.

25.9 São adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo BENEFICIÁRIO.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL: é aquele executado em consultório odontológico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência odontológica.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do BENEFICIÁRIO, tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos BENEFICIÁRIOS pela contraprestação.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o BENEFICIÁRIO paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO VIRTUAL: Meio digital onde se determina a identidade do BENEFICIÁRIO e código de inscrição.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo BENEFICIÁRIO diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo odontólogo que avalia as condições clínicas do BENEFICIÁRIO.

CONTRATADA: operadora de plano de saúde que se obriga a garantir a prestação de

serviços de assistência odontológica aos BENEFICIÁRIOS do plano ora convencionado.

DEPENDENTE: BENEFICIÁRIO de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um BENEFICIÁRIO titular. Pessoa física com vínculo familiar com o BENEFICIÁRIO titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

EVENTO: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência odontológica que tenham como origem ou causa, o mesmo dano à saúde do BENEFICIÁRIO em decorrência de acidente pessoal ou doença.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do BENEFICIÁRIO.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo BENEFICIÁRIO diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

MENSALIDADE: é a contraprestação pecuniária paga pelo BENEFICIÁRIO à operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato odontológico não considerado de urgência e que pode ser programado.

TITULAR: é o BENEFICIÁRIO de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: consideram-se procedimentos de urgência / emergência aqueles previstos como tal no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

XXVI. ELEIÇÃO DE FORO

- 26.1 Para dirimir quaisquer dúvidas ou demanda judicial oriundas do presente contrato, fica eleito o foro da comarca de domicílio do BENEFICIÁRIO.

ANEXO I – PROCEDIMENTOS COBERTOS

DIAGNÓSTICO

- Consulta odontológica inicial
- Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro
- Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial
- Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial
- Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
- Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
- Teste de fluxo salivar
- Teste de PH Salivar

URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

- Colagem de fragmentos dentários
- Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
- Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
- Imobilização dentária em dentes decíduos
- Imobilização dentária em dentes permanentes
- Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
- Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
- Pulpectomia
- Recimentação de trabalhos protéticos
- Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-Mandibular (ATM)
- Reimplante dentário com contenção
- Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial
- Tratamento de alveolite

RADIOLOGIA

- Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)
- Radiografia interproximal - bite-wing
- Radiografia oclusal
- Radiografia periapical
- Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- Aplicação de selante de fósulas e fissuras
- Aplicação de selante – técnica invasiva
- Aplicação tópica de flúor
- Atividade educativa em saúde bucal
- Controle de biofilme (placa bacteriana)

- Profilaxia: polimento coronário
- Remineralização

DENTÍSTICA

- Aplicação de cariostático
- Faceta direta em resina fotopolimerizável
- Núcleo de preenchimento
- Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)
- Restauração atraumática em dente decíduo
- Restauração atraumática em dente permanente
- Restauração de amálgama - 1 faces
- Restauração de amálgama - 2 faces
- Restauração de amálgama - 3 faces
- Restauração de amálgama - 4 faces
- Restauração em ionômero de vidro - 1 face
- Restauração em ionômero de vidro - 2 faces
- Restauração em ionômero de vidro - 3 faces
- Restauração em ionômero de vidro - 4 faces
- Restauração em resina fotopolimerizável - 1 face
- Restauração em resina fotopolimerizável - 2 faces
- Restauração em resina fotopolimerizável - 3 faces
- Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces
- Restauração temporária / tratamento expectante

PERIODONTIA

- Ajuste oclusal por acréscimo
- Ajuste oclusal por desgaste seletivo
- Aumento de coroa clínica
- Cirurgia periodontal a retalho
- Cunha proximal
- Dessensibilização dentária
- Enxerto Gengival Livre
- Enxerto Pediculado
- Gengivectomia
- Gengivoplastia
- Imobilização dentária em dentes decíduos
- Imobilização dentária em dentes permanentes
- Raspagem sub-gengival/alisamento radicular
- Raspagem supra-gengival
- Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)
- Sepultamento radicular
- Tratamento de abscesso periodontal agudo
- Tunelização

ENDODONTIA

- Capeamento pulpar direto
- Preparo para núcleo intrarradicular
- Pulpotomia em dente decíduo

- Remoção de corpo estranho intracanal
- Remoção de núcleo intrarradicular
- Retratamento endodôntico birradicular
- Retratamento endodôntico multirradicular
- Retratamento endodôntico unirradicular
- Tratamento de perfuração endodôntica
- Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
- Tratamento endodôntico birradicular
- Tratamento endodôntico em dente decíduo
- Tratamento endodôntico multirradicular
- Tratamento endodôntico unirradicular

CIRURGIA

- Alveoloplastia
- Amputação radicular com obturação retrógrada
- Amputação radicular sem obturação retrógrada
- Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada
- Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada
- Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada
- Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada
- Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada
- Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada
- Biópsia de boca
- Biópsia de glândula salivar
- Biópsia de lábio
- Biópsia de língua
- Biópsia de mandíbula
- Biópsia de maxila
- Bridectomia
- Bridotomia
- Cirurgia para exostose maxilar
- Cirurgia para torus mandibular – bilateral
- Cirurgia para torus mandibular – unilateral
- Cirurgia para torus palatino
- Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
- Exérese ou excisão de cálculo salivar
- Exérese ou excisão de cistos odontológicos
- Exérese ou excisão de mucocele
- Exérese ou excisão de rânula
- Exodontia a retalho
- Exodontia de raiz residual
- Exodontia simples de decíduo
- Exodontia simples de permanente
- Frenulectomia labial
- Frenulectomia lingual
- Frenulotomia labial
- Frenulotomia lingual
- Odonto-secção
- Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial
- Reconstrução de sulco gengivo-labial

- Redução cruenta de fratura alvéolo dentária
- Redução incruenta de fratura alvéolo dentária
- Remoção de dentes inclusos / impactados
- Remoção de dentes semi-inclusos / impactados
- Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região buco-maxilo-facial
- Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal
- Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal
- Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
- Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial
- Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução
- Ulectomia
- Ulotomia
- Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
- Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial

PRÓTESE DENTAL

- Coroa de acetato em dente decíduo
- Coroa de acetato em dente permanente
- Coroa de aço em dente decíduo
- Coroa de aço em dente permanente
- Coroa de policarbonato em dente decíduo
- Coroa de policarbonato em dente permanente
- Coroa provisória com pino – Elemento Unitário
- Coroa provisória sem pino - Elemento Unitário
- Coroa total unitária em cerômero para dentes anteriores
- Coroa total unitária metálica
- Núcleo metálico fundido
- Pino pré fabricado
- Provisório para restauração metálica fundida
- Recimentação de trabalhos protéticos
- Reembasamento de coroa provisória
- Remoção de núcleo intrarradicular
- Remoção de trabalho protético
- Restauração metálica fundida

ODONTOPEDIATRIA

- Condicionamento em Odontologia
- Coroa de acetato em dente decíduo
- Coroa de acetato em dente permanente
- Coroa de aço em dente decíduo
- Coroa de aço em dente permanente
- Coroa de policarbonato em dente decíduo
- Coroa de policarbonato em dente permanente

ANEXO II – TABELA DE REEMBOLSO

CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	VALOR MÁXIMO (R\$)	PERIODICIDADE (meses)	CRITÉRIOS TEC-ADM
------	------------------------	--------------------	-----------------------	-------------------

DIAGNÓSTICO				
81000030	Consulta odontológica	16,00	12	Procedimento considerado à partir da 2ª consulta com o mesmo profissional (consulta periódica). Não reembolsado simultaneamente aos códigos 81000065, 81000049, 81000057 e 81000090.
81000065	Consulta odontológica inicial	16,00	NA	Procedimento considerado apenas para a primeira consulta com o profissional. Não reembolsado simultaneamente aos códigos 81000030, 81000049, 81000057 e 81000090.
81000073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	18,00	NA	Exame clínico para verificação da situação bucal (inicial) e conformidade de tratamentos realizados (final) por solicitação da Metlife.
81000090	Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro	13,87	24	Considerado apenas uma sessão.
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	87,40	NA	Necessário envio de cópia do resultado do exame anátomo-patológico para reembolso.
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	87,40	NA	Necessário envio de cópia do resultado do exame anátomo-patológico para reembolso.
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	87,40	NA	Necessário envio de cópia do resultado do exame anátomo-patológico para reembolso.
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	87,40	NA	Necessário envio de cópia do resultado do exame anátomo-patológico para reembolso.
81000197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	16,00	NA	Necessário envio de cópia do resultado do exame anátomo-patológico para reembolso.
81000200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	16,00	NA	Necessário envio de cópia do resultado do exame anátomo-patológico para reembolso.
81000219	Diagnóstico e tratamento de halitose	16,00	6	Necessário envio de laudo técnico.

81000235	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	16,00	6	Necessário envio de laudo técnico.
81000243	Diagnóstico por meio de enceramento	16,00	NA	Necessário envio de laudo técnico.
81000260	Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais	16,00	NA	Necessário envio de laudo técnico.
84000244	Teste de fluxo salivar	25,00	12	Necessário envio de cópia do resultado do teste para reembolso.
84000252	Teste de PH salivar	25,00	12	Necessário envio de cópia do resultado do teste para reembolso.
URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS				
81000057	Consulta odontológica de urgência 24 hs	38,00	NA	Não reembolsado simultaneamente aos códigos das demais consultas. Considerado para consultas emergenciais, sem horário agendado.
81000049	Consulta odontológica de urgência	38,00	NA	Não reembolsado simultaneamente aos códigos das demais consultas. Considerado para consultas emergenciais, sem horário agendado.
85100048	Colagem de fragmentos dentários	21,90	NA	
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	18,00	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico.
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	18,00	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico.
82001022	Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	18,00	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico.
82001030	Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	18,00	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico.
85200034	Pulpectomia	22,50	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico. Considerado somente quando realizado em caráter de urgência, pois está incluso no tratamento endodôntico.

85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	18,00	NA	Considerado para quedas de trabalhos protéticos já cimentados. Incluso nos procedimentos de execução de peças protéticas.
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-Mandibular (ATM)	42,34	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico.
82001251	Reimplante dentário com contenção	42,34	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico.
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	18,00	NA	Considerado somente quando realizado em caráter de urgência, pois está incluso no tratamento periodontal.
82001650	Tratamento de alveolite	18,00	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico. Considerado somente quando realizado em caráter de urgência, pois está incluso nas exodontias.
85300080	Tratamento de pericoronarite	18,00	NA	Necessário relatório do cirurgião dentista contendo diagnóstico e prognóstico.
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	25,00	NA	Incluso nas cirurgias. Considerado para tratamentos de urgência.
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	18,00	NA	
85200174	Curativo endodôntico em situação de urgência	18,00	NA	
RADIOLOGIA				
81000294	Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)	60,00	12	
81000421	Radiografia periapical	6,50	6	Necessário discriminar a região da radiografia.
81000375	Radiografia interproximal - bite-wing	6,50	6	
81000383	Radiografia oclusal	16,20	6	

81000570	Técnica de localização radiográfica	12,25	12	Necessário discriminar a região da radiografia.
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	31,20	12	
PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL				
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva	16,00	12	Não reembolsado simultaneamente às restaurações. Indicado para cáries incipientes.
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	16,00	12	Não reembolsado simultaneamente às restaurações. Indicado para dentes recém erupcionados.
84000090	Aplicação tópica de flúor	23,00	6	Inclui profilaxia e remineralização. Não reembolsado simultaneamente aos códigos 84000112 e 85300012.
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	23,00	6	Inclui profilaxia e remineralização. Não reembolsado simultaneamente aos códigos 84000090 e 85300012.
85100242	Adequação do meio bucal	26,00	12	
84000139	Atividade educativa em saúde bucal	16,00	6	Não reembolsado simultaneamente aos códigos 87000024 e 87000016.
87000024	Atividade educativa para pais e/ou educadores	16,00	6	Não reembolsado simultaneamente aos códigos 84000139 e 87000016.
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana)	16,20	6	Incluso nas raspagens, profilaxia, aplicação de flúor. Não reembolsado simultaneamente aos códigos 87000024, 84000139 e 87000016.
84000171	Controle de cárie incipiente	16,20	6	Incluso na consulta e aplicação tópica de flúor e remineralização. Não reembolsado simultaneamente às restaurações ou aplicação de selantes.
84000198	Profilaxia: polimento coronário	16,20	6	Não reembolsado simultaneamente à aplicação de flúor e remineralização. Incluso nas raspagens.
84000201	Remineralização	9,00	6	Incluso nas raspagens e aplicação de flúor.

ODONTO-PEDIATRIA

84000031	Aplicação de carióstático	16,00	6	Inclui todas as sessões e dentes necessários.
81000014	Condicionamento em Odontologia	19,32	6	Não reembolsado simultaneamente ao código 87000032.
86000616	Recolocação de mantenedor de espaço	18,00	12	
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	47,84	12	
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	30,00	NA	Não reembolsado simultaneamente a tratamento endodôntico e capeamento pulpar.
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	16,00	NA	Não reembolsado simultaneamente ao código 87000148.

PACIENTES ESPECIAIS

87000032	Condicionamento em Odontologia para pacientes com necessidades especiais	19,32	6	Não reembolsado simultaneamente ao código 81000014.
87000016	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	16,00	6	Não reembolsado simultaneamente aos códigos 84000139 e 87000024.
87000148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	16,00	NA	Não reembolsado simultaneamente ao código 82000700.

DENTÍSTICA

85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	78,90	48	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
85400211	Núcleo de preenchimento	32,20	24	Incluso no pino pré-fabricado. Não reembolsado simultaneamente aos códigos 85400262 e 85400220.

83000135	Restauração atraumática em dente decíduo	16,05	24	Inclui capeamento, forramento e polimento; Será considerada apenas uma restauração por dente de acordo com o número de faces envolvidas, independente das classes (classificação de Black). Códigos não reembolsados entre si, com exceção de faces e materiais divergentes tecnicamente possíveis.
85100080	Restauração atraumática em dente permanente	16,05	24	
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	21,00	24	
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	30,00	24	
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	35,00	24	
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	40,00	24	
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	18,98	24	
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	20,00	24	
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	24,00	24	
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	31,00	24	
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável - 1 face	24,84	24	
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável - 2 faces	33,12	24	
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável - 3 faces	45,08	24	
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces	53,36	24	

85100269	Dessensibilização dentinária	10,00	24	Incuso nas restaurações.
85400017	Ajuste oclusal por acréscimo	18,00	12	Não reembolsado simultaneamente ao ajuste oclusal por desgaste seletivo.
85400025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo	33,12	24	Não reembolsado simultaneamente ao ajuste oclusal por acréscimo.
PERIODONTIA				
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada	72,00	NA	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	72,00	NA	
82000212	Aumento de coroa clínica	49,30	12	
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	66,24	12	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82000557	Cunha proximal	35,00	NA	
85300012	Dessensibilização dentária	29,44	6	Não reembolsado simultaneamente às aplicações de flúor.
82000662	Enxerto gengival livre	165,00	60	
82000689	Enxerto pediculado	145,00	60	
82001685	Tunelização	58,00	NA	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
82000921	Gengivectomia	20,24	12	

82000948	Gengivoplastia	35,77	12	
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	47,87	12	
82001073	Odonto-seccção	46,00	NA	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85300039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	40,90	9	Raspagem subgengival para bolsas maiores de 04 mm; Inclui raspagem supra gengival, profilaxia, aplicação tópica de flúor, remineralização, controle de placa e remoção de fatores de retenção. Considerado por hemi-arco.
85300047	Raspagem supra-gengival	46,00	6	Raspagem manual ou com ultrassom para bolsas de até 04 mm; Inclui profilaxia, aplicação tópica de flúor, remineralização, controle de placa e remoção de fatores de retenção. Não reembolsado simultaneamente aos códigos 85300071 e 85300039.
85300098	Manutenção periodontal	46,00	6	Raspagem manual ou com ultrassom para bolsas de até 04 mm; Inclui profilaxia, aplicação tópica de flúor, remineralização, controle de placa e remoção de fatores de retenção. Não reembolsado simultaneamente aos códigos 85300071 e 85300039.
85300055	Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)	18,00	6	Incluso nas raspagens, profilaxia, aplicação de flúor. Não reembolsado simultaneamente ao código 84000198.
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA	50,00	6	Raspagem manual ou com ultrassom para bolsas de até 04 mm; Inclui profilaxia, aplicação tópica de flúor, remineralização, controle de placa e remoção de fatores de retenção. Não reembolsado simultaneamente aos códigos 85300047 e 85300039.
82001464	Sepultamento radicular	62,80	NA	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
ENDODONTIA				
85100013	Capeamento pulpar direto	14,72	NA	Não reembolsado simultaneamente ao tratamento endodôntico.

85100056	Curativo de demora em endodontia	26,68	NA	Máximo de 4 sessões com comprovação radiográfica de lesão periapical extensa. Necessário envio de radiografia inicial para reembolso. Nos casos de pequenas lesões o curativo de demora está incluso na endodontia.
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	37,72	24	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	80,02	24	
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	97,00	24	
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	141,68	24	
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	100,02	24	
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	125,04	24	
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	176,64	24	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular	20,85	60	Incluso no núcleo metálico fundido e pino pré fabricado.
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	30,63	NA	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	32,60	NA	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	53,36	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85200069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	16,00	60	Procedimento incluso no retratamento endodôntico, não reembolsado separadamente.

85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	26,28		Máximo de 4 sessões com comprovação radiográfica de rizogênese incompleta. Necessário envio de radiografia inicial para reembolso. Considerado para as sessões de curativo para apicificação.
85200042	Pulpotomia	27,60	NA	Não reembolsado simultaneamente ao tratamento endodôntico e capeamento pulpar.
CIRURGIA				
82000506	Controle pós-operatório em odontologia	13,00	6	Não reembolsado simultaneamente às consultas. Considerado para retorno de cirurgias em até 30 dias.
82000034	Alveoloplastia	45,02	NA	Incluso nas exodontias. Procedimento considerado apenas quando não simultâneo a exodontia ou quando associado às exodontias múltiplas.
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	100,80	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	96,00	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	117,60	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	110,40	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	86,40	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	81,60	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	60,00	NA	
85200182	Curetagem apical	84,00	NA	Inclusa na apicetomia. Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
82001731	Exodontia de semi-incluso/impactado supra numerário	61,33	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.

82001740	Exodontia de incluso/impactado supra numerário	99,00	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82001758	Marsupialização de cistos odontológicos	95,68	NA	Necessário envio de radiografia inicial e final para reembolso.
85300101	Tracionamento de raiz residual	145,36	NA	Necessário envio de radiografia inicial e final para reembolso.
82000239	Biópsia de boca	35,00	NA	Necessário envio de cópia do resultado do exame anátomo-patológico para reembolso.
82000247	Biópsia de glândula salivar	35,00	NA	Necessário envio de cópia do resultado do exame anátomo-patológico para reembolso.
82000255	Biópsia de lábio	35,00	NA	Necessário envio de cópia do resultado do exame anátomo-patológico para reembolso.
82000263	Biópsia de língua	35,00	NA	Necessário envio de cópia do resultado do exame anátomo-patológico para reembolso.
82000271	Biópsia de mandíbula	35,00	NA	Necessário envio de cópia do resultado do exame anátomo-patológico para reembolso.
82000280	Biópsia de maxila	35,00	NA	Necessário envio de cópia do resultado do exame anátomo-patológico para reembolso.
82000298	Bridectomia	44,03	NA	Não reembolsado simultaneamente aos códigos 82000301 e 82001545. Reembolsado uma única vez no histórico do associado.
82000301	Bridotomia	22,00	NA	Incluso nos códigos 82001545 e 82000298. Reembolsado uma única vez no histórico do associado.
82000336	Cirurgia odontológica a retalho	40,48	12	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82000352	Cirurgia para exostose maxilar	49,00	NA	Necessário envio de radiografia oclusal inicial para reembolso.
82000360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral	78,00	NA	Não reembolsado simultaneamente ao código 82000387. Reembolsado uma única vez no histórico do associado. Necessário envio de radiografia oclusal inicial para reembolso.

82000387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral	52,00	NA	Incluso no código 82000360. Reembolsado uma única vez no histórico do associado.
82000395	Cirurgia para torus palatino	49,00	NA	Necessário envio de radiografia oclusal inicial para reembolso.
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	22,50	NA	Necessário envio de cópia do resultado do exame anátomo-patológico para reembolso.
82000743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	150,00	NA	Não reembolsado simultaneamente aos outros códigos de cirurgia de cistos, tumores ósseos e de tecido mole e odontoma.
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	43,01	NA	
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	95,68	NA	
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	77,28	NA	
82000808	Exérese ou excisão de rânula	90,16	NA	
82000816	Exodontia a retalho	34,96	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	29,44	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82000859	Exodontia de raiz residual	29,44	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
83000089	Exodontia simples de decíduo	18,40	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82000875	Exodontia simples de permanente	29,44	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82000883	Frenulectomia labial	35,50	NA	Não reembolsado simultaneamente ao código 82000905. Reembolsado uma única vez no histórico do associado.

82000891	Frenulectomia lingual	35,50	NA	Não reembolsado simultaneamente ao código 82000913. Reembolsado uma única vez no histórico do associado.
82000905	Frenulotomia labial	23,00	NA	Incluso no código 82000883. Reembolsado uma única vez no histórico do associado.
82000913	Frenulotomia lingual	23,00	NA	Incluso no código 82000891. Reembolsado uma única vez no histórico do associado.
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	23,00	NA	Necessário envio de cópia do resultado do exame anátomo-patológico para reembolso.
82001154	Reconstrução de sulco gengivo-labial	60,00	NA	
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	96,50	NA	Inclui contenção necessária. Necessário envio de radiografia inicial para reembolso. Não reembolsado simultaneamente ao código 82001189.
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	48,30	NA	Inclui contenção necessária. Necessário envio de radiografia inicial para reembolso. Não reembolsado simultaneamente ao código 82001170
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados	99,00	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	61,33	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82001367	Remoção de odontoma	168,56	NA	Não reembolsado simultaneamente aos outros códigos de cirurgia de cistos, tumores ósseos e de tecido mole. Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82001391	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região buco-maxilo-facial	107,80	NA	Não reembolsado simultaneamente aos outros códigos de cirurgia de cistos, tumores ósseos e de tecido mole. Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	160,08	NA	Necessário envio da radiografia inicial do elemento dentário para reembolso.
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	160,08	NA	Necessário envio da radiografia inicial do elemento dentário para reembolso.

82001545	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região buco-maxilo-facial	44,03	NA	Não reembolsado simultaneamente ao código 82000301. Reembolsado uma única vez no histórico do associado.
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	91,08	NA	Não reembolsado simultaneamente aos outros códigos de cirurgia de tecidos moles e periodontais.
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	168,56	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	88,00	NA	Não reembolsado simultaneamente aos outros códigos de cirurgia de tecidos moles e periodontais.
82001596	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	95,68	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	131,22	NA	Necessário envio de radiografia inicial para reembolso.
82001707	Ulectomia	22,60	NA	Não reembolsado simultaneamente ao código 82001715. Reembolsado uma única vez no histórico do associado.
82001715	Ulotomia	19,80	NA	Incluso no código 82001707. Reembolsado uma única vez no histórico do associado.
82001642	Tratamento conservador de luxação da Articulação-Têmporo-Mandibular - ATM	25,00	NA	
82001430	Retirada dos meios de fixação da região buco-maxilo-facial	18,00	NA	
82001375	Remoção de tamponamento nasal	18,00	NA	
82001308	Remoção de dreno extra-oral	18,00	NA	Necessário envio de relatório do cirurgião dentista com detalhes da indicação do procedimento e prognóstico para reembolso.
82001316	Remoção de dreno intra-oral	18,00	NA	
82000026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia	13,00	6	Considerado para acompanhamento de cirurgias realizadas em até 90 dias antes. Não reembolsado simultaneamente às consultas.

PRÓTESE

83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	89,80	36	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
87000040	Coroa de acetato em dente permanente	89,80	36	
83000046	Coroa de aço em dente decíduo	89,80	36	
87000059	Coroa de aço em dente permanente	89,80	36	
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	89,80	36	
87000067	Coroa de policarbonato em dente permanente	89,80	36	
85400076	Coroa provisória com pino	33,12	60	
85400084	Coroa provisória sem pino	33,12	60	
85400092	Coroa total acrílica prensada	101,20	36	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85400114	Coroa total em cerômero	266,80	60	Considerado somente para dentes permanentes anteriores, exceto para planos Premium, Platinum e Diamond. Necessário envio das radiografia inicial e final para reembolso.
85400149	Coroa total metálica	161,00	60	Considerado somente para dentes posteriores. Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85400220	Núcleo metálico fundido	92,40	60	Necessário envio das radiografias inicial e final para reembolso.
85400262	Pino pré fabricado	82,80	60	Inclui núcleo de preenchimento.

85400459	Provisório para restauração metálica fundida	36,80	60	
85400475	Reembasamento de coroa provisória	17,00	12	
85400505	Remoção de trabalho protético	23,00	NA	
85400556	Restauração metálica fundida	120,00	60	
				NA = não se aplica

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Operadora: MetLife Planos Odontológicos Ltda.

CNPJ: 03.273.825/0001-78

Nº de registro da ANS: 406.481

Nº de registro Produto: 470.627/14-7

Site: www.metlife.com.br

Para consultas, informações gerais e reclamações, ligue para a central de atendimento exclusiva para clientes: 3003 3046 - Capitais e grandes centros

0800 728 3046 - Demais localidades

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão).

Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado.

Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde.

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência / emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.	
COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravio, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.		

MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira.(2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.	
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.	
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.	
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência..	
COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Coletivo Empresarial	
	Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
	Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.
	Coletivo por Adesão	

	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independentemente do número de participantes.
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.
REAJUSTE	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos.

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais.

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria.

No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial.

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial.

Define o tipo de assistência a qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário.

A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação da Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Manual de Orientação para a Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656

www.ans.gov.br

auditoria@ans.gov.br