



# O guia do seu Plano

## Manual do Beneficiário

## SOBRE A AURORA SAÚDE

A Aurora Saúde nasce com o propósito de oferecer uma nova experiência ao cuidar da saúde e do bem-estar.

Para nós, saúde vai além de uma consulta médica e inclui acolhimento, parceria e compromisso com a qualidade de vida de cada beneficiário. Por meio de tecnologias avançadas de gestão de saúde, proporcionamos um cuidado integrado, com atendimento humanizado e diário, respeitando suas necessidades e oferecendo um cuidado personalizado.

A **Aurora Saúde** tem um compromisso de proximidade e confiança em todas as nossas relações, por meio de uma escuta ativa e transparente, com objetivo de sempre oferecer suporte contínuo aos nossos principais pilares:



# SEJA BEM-VINDO À AURORA SAÚDE.

Este é o Manual do Beneficiário Aurora Saúde, em que você descobre como realizar todos os serviços que precisar, tirar suas dúvidas e conhecer um pouco mais sobre nós.

A partir de agora, você e sua família contam com um plano de saúde elaborado para atender integralmente às suas expectativas e necessidades, conforme a Regulamentação dos Planos de Saúde, Lei nº 9.656/98.

Para garantir o seu conforto, te atender da melhor maneira possível e te orientar no uso do seu plano, fizemos este manual. Leia-o com atenção e aproveite toda a tranquilidade e segurança que a Aurora oferece.

Em caso de dúvidas relacionadas ao seu plano de saúde, entre em contato pelos canais de atendimento que são informados nas próximas páginas deste manual.

## Sumário

1. Planos da Aurora Saúde .....	5
2. Utilizando seu Aplicativo .....	6
3. Utilizando sua Carteirainha .....	8
4. Entenda mais sobre o seu plano .....	9
Carências .....	9
Coparticipações .....	10
Coberturas do plano .....	10
Abrangência Geográfica .....	11
Acomodação .....	11
Acesso a rede .....	12
Reembolso .....	12
Tipos de Atendimento .....	12
Autorização para atendimento e uso do Token .....	13
Bom uso do Plano .....	14
5. Canais de Atendimento .....	15
6. Perguntas Frequentes .....	16
Atendimento .....	16
Beneficiários .....	17

## 1. Planos da Aurora Saúde

Temos a opção certa para você!

Plano

### A100

- Abrangência regional;
- Cobertura Ambulatorial;
- Consultas ilimitadas;
- Com coparticipação;
- Sem reembolso.

Plano

### A300

- Abrangência regional;
- Cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia;
- Acomodação em enfermaria;
- Com coparticipação;
- Sem reembolso.

Plano

### A500

- Abrangência regional;
- Cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia;
- Acomodação em enfermaria e apartamento;
- Sem reembolso.

## 2. Utilizando seu Aplicativo

Com o aplicativo da Aurora Saúde, o beneficiário pode encontrar soluções e facilidades para gerenciar o seu plano.

Para fazer o download, busque por **“Aurora Saúde”** na loja de aplicativos.

**Confira todas as funcionalidades.**



### Login

Utilize seu CPF e data de nascimento para acessar o app. Caso já possua cadastro no Portal do Beneficiário, utilize a mesma senha.



### Home

Aqui você encontra os principais serviços para seu dia a dia.

## Canais de Atendimento

Utilize este ícone para acessar nossos canais de atendimento.

## Fale com a gente

Quer mandar uma mensagem para gente? Acesse aqui.

## Chat

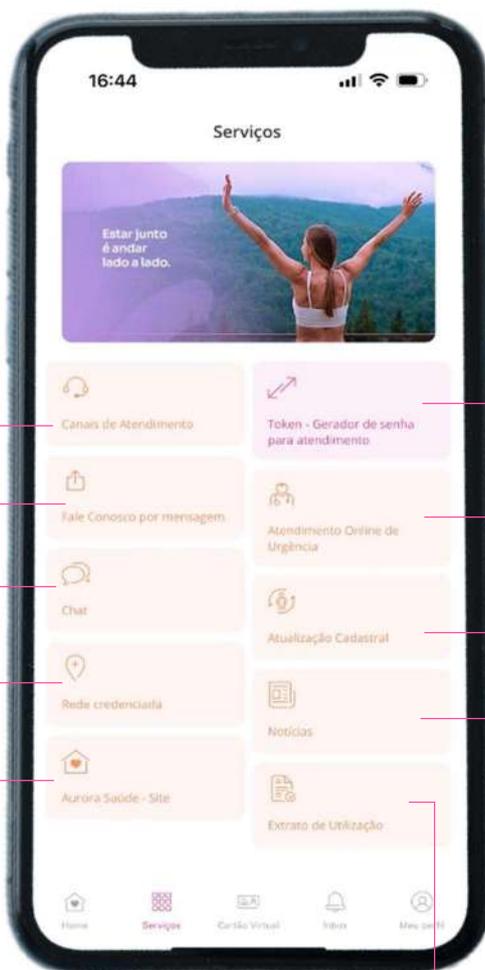
Utilize esta opção para falar com a nossa equipe de atendimento de 08 às 18h.

## Rede Credenciada

Aqui você terá acesso a sua Rede credenciada.

## Aurora Saúde – Site

Clique aqui para navegar pelo nosso site.



## Token

Neste Neste item nós enviamos o código de autorização para que você realize seu atendimento.

## Telemedicina

Neste item você conseguirá acessar nosso serviço de telemedicina 24h por dia.

## Atualização Cadastral

Você pode utilizar esta opção quando precisar realizar alguma atualização cadastral.

## Notícias

Neste canal divulgaremos notícias e informações para te atualizar sobre nossa operadora

## Extrato de Utilização

Nesta opção você poderá verificar todo o seu histórico de utilização do plano.

### 3. Utilizando sua Carteirinha

Leve sua carteirinha com você!



Selecione o beneficiário que deseja visualizar a carteirinha

2

1 Acesse a opção de Cartão Virtual



Veja suas carências

5

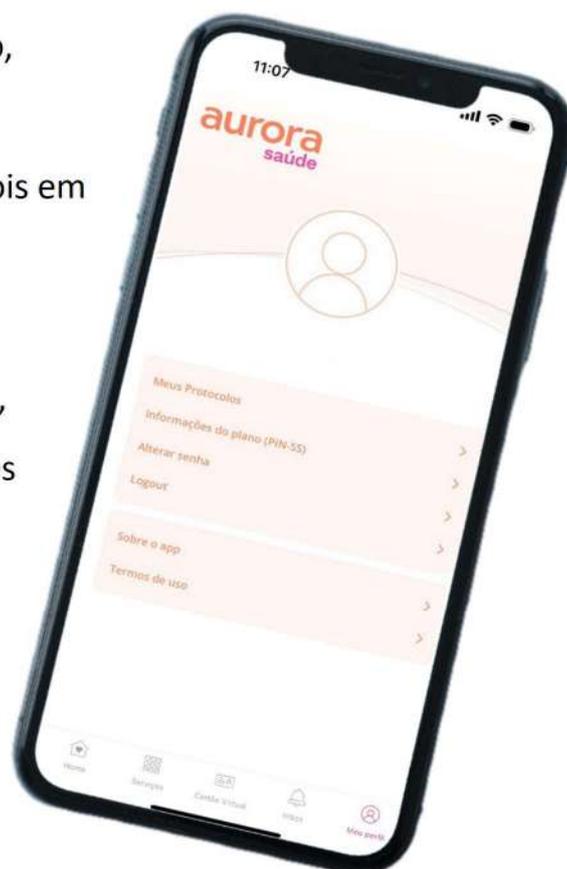
3 Você conseguirá visualizar A frende da sua carteirinha e as informações do seu plano

Você conseguirá ver o verso da carteirinha

4

## 4. Entenda mais sobre o seu plano

Para saber todas as informações de seu plano, Acesse seu **APP Aurora Saúde** ou **Portal do Beneficiário**, acesse a opção Meu Perfil, depois em Informações do Plano e então selecione sua carteirinha. Nesta tela aparecerá todas as informações do seu plano, de seu contrato, plano e inclusive informações sobre suas **carências**.



### Carências

A carência é um período contratual em que o beneficiário contribui com o pagamento do plano (diretamente ou a partir de uma Pessoa Jurídica) sem ter acesso a algumas coberturas. O período de carência para todos os procedimentos está descrito no seu contrato e disponibilizado em seu **APP da Aurora Saúde**.

## Coparticipações

Modalidade de contratação em que o usuário tem participação em uma parte dos custos do atendimento, incluindo consultas, exames, procedimentos e atendimentos de urgência. A coparticipação é cobrada de acordo com a utilização e os serviços utilizados. As cobranças poderão ser descontadas do usuário a partir do mês seguinte à utilização.

Para consultar seu extrato de coparticipação, acesse o aplicativo **Aurora Saúde** ou o Portal do Beneficiário.

## Coberturas do plano

Na Aurora Saúde temos planos com as seguintes coberturas:

- **Ambulatorial:** planos com cobertura Ambulatorial são os básicos – oferecem acesso apenas para consultas, exames e terapias.
- **Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia:** são planos mais completos: oferecem acesso a consultas, exames, terapias, internações e parto.

Você consegue verificar a cobertura de seu plano em seu **APP Aurora Saúde** ou **Portal do Beneficiário**, acesse a opção Meu Perfil, depois em Informações do Plano e então selecione sua carteirinha. Nesta tela aparecerá todas as informações do seu plano.

## Abrangência Geográfica

Os planos de saúde podem ter as seguintes áreas de abrangência:

- **Grupo de Municípios:** oferecem atendimento em alguns municípios de um ou mais estados.
- **Estadual:** oferecem atendimento no território de um estado.
- **Nacional:** oferecem atendimento em todo o território nacional.

A área de abrangência geográfica varia de acordo com o plano contratado. Essa informação está disponível no seu contrato/proposta de adesão.

Na **Aurora Saúde** os planos possuem as seguintes abrangências:

**Produtos identificados em seu nome com BHRM:** Terão abrangência nas cidades de Belo Horizonte, Betim, Brumadinho, Caeté, Contagem, Esmeraldas, Ibirité, Igarapé, Juatuba, Lagoa Santa, Mateus Leme, Matozinhos, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, Sarzedo, Sete Lagoas e Vespasiano.

**Produtos identificados em seu nome com PA:** Terão abrangência nas cidades de Nova Lima, Ourilândia do Norte e Tucumã.

## Acomodação

Produtos Hospitalares possuem definições de acomodação, sendo:

**Acomodação coletiva (enfermaria):** internação em quarto coletivo com banheiro compartilhado.

**Acomodação individual (apartamento):** internação em quarto individual com banheiro exclusivo.

Atenção: a informação do tipo de acomodação do seu plano contratado consta em sua carteirinha digital disponível no **App Aurora Saúde** ou **Portal do Beneficiário**.

### Acesso a rede

Quando precisar de um atendimento, consulte a nossa rede credenciada em seu **APP Aurora Saúde** ou **Portal do Beneficiário**. Ao encontrar uma clínica, consultório ou médico da sua preferência, ligue para o estabelecimento e agende a sua consulta.

Se tiver dúvidas sobre a especialidade que deve escolher para ser atendido, a especialidade “Clínica Médica” poderá te orientar. Caso necessário, ele irá te encaminhar para a especialidade correta. Caso você esteja enfrentando dificuldades ao agendar consultas, entre em contato pelo telefone **4000-2105** disponível no verso do seu cartão.

### Reembolso

Os planos de saúde da **Aurora Saúde** não possuem a modalidade de reembolso, mas caso o beneficiário possua um protocolo de autorização para realização do reembolso, fornecido pela Central de Atendimento da Aurora Saúde em caso de falta ou dificuldade de acesso à rede, a solicitação de reembolso poderá ser feita pelo **APP Aurora Saúde** ou **Portal do Beneficiário**.

### Tipos de Atendimento

- a) Eletivo: procedimentos médicos agendados e não considerados de urgência ou emergência;

- b) Urgência/emergência: situações mais graves, que necessitam de rápido atendimento e podem gerar riscos para a vida;
- c) Telemedicina: atendimento virtual 24 horas por dia para situações que não trazem riscos à vida.

Para checar a rede disponível no seu plano, acesse o app **APP Aurora Saúde** ou **Portal do Beneficiário**.

### Autorização para atendimento e uso do Token

Os beneficiários da **Aurora Saúde** são atendidos pela rede credenciada disponibilizada no Guia do Beneficiário.

Confira as regras de Autorização:

- Consultas e exames simples não requerem autorizações - Para os exames laboratoriais mais comuns como Raio X, Endoscopia, Mapa 24 horas, Teste Ergométrico, Ressonância, Tomografia e Ultrassom, você pode se deslocar direto para o prestador sem a necessidade de solicitação de autorização prévia. Esses exames são cadastrados e autorizados pelo próprio prestador.
- A autorização prévia é necessária para procedimentos de maior complexidade.

Exemplos de procedimentos que exigem autorização prévia incluem angiografia, cintilografia, internações, terapia, quimioterapia, procedimentos cirúrgicos, entre outros. Para solicitar a autorização do seu procedimento, você pode acessar o app **APP Aurora Saúde** ou **Portal do Beneficiário** em Solicite autorizações, preencher todos os dados e anexar o seu pedido médico. Não se esqueça de informar o prestador de preferência. Caso não tenha um, não se preocupe, pois te indicaremos um.

No ato da realização dos procedimentos, o prestador solicitará a você um código **Token** que estará disponível no seu APP no item **Token**. **Você também receberá o código através de mensagem de texto.**

- Em casos de urgência e emergência não é necessário autorização prévia ou de informação de código Token. Dirija-se para o local de atendimento com a documentação necessária.

**Lembrete:** Mantenha sempre os dados atualizados nos Canais de Atendimento da Aurora Saúde.

- Em caso de negativa de Autorização de Procedimentos, você pode solicitar uma reanálise no nosso Canal de Ouvidoria.

Validade das autorizações: prazo de até 60 dias.

## Bom uso do Plano

É importante que você e seus familiares façam uso da assistência médica com responsabilidade. O uso indevido do plano de saúde resultará em aumento de custos para sua empresa e, conseqüentemente, para você.

Não faça nenhum pagamento direto ao prestador ou a qualquer serviço próprio ou credenciado sem buscar orientação prévia em sua empresa ou na Aurora Saúde.

Vá ao pronto-socorro somente em casos específicos, como acidentes, fraturas, suspeita de infarto e riscos iminente de vida. Para os demais casos utilize a Telemedicina. Assim você evita deslocamentos, garantindo conforto e disponibilidade de horário.

## 5. Canais de Atendimento

Pelos nossos canais de atendimento, tenha fácil acesso às informações do seu plano de saúde da Aurora, independentemente de onde estiver.

Conheça os serviços disponíveis:

- ⚙ **Informações sobre seu plano;**
- ⚙ **Indicação de rede credenciada;**
- ⚙ **Consultas de autorizações.**

**Salve nosso número, mande um Oi ou ligue para gente!**



**4000-2105**

Você também pode falar conosco através do chat que está localizado em nosso site ou em seu APP. **Vamos conversar?**



## 6. Perguntas Frequentes

Ainda está com dúvidas? Saiba mais sobre seu plano.

### Atendimento

#### O que é um plano de saúde?

Um Plano de Saúde é um serviço oferecido por operadoras de saúde que permite que seus clientes tenham acesso a consultas, exames e procedimentos na rede credenciada.

#### O que é ROL?

Dentro da cobertura de um Plano de Saúde, existe o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O Rol é uma lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde, de acordo com a segmentação assistencial do plano.

#### Qual a diferença entre emergência e urgência?

A diferença entre urgência e emergência é que a urgência consiste em uma condição de saúde que requer atenção médica imediata, mas não apresenta risco de vida. Já a emergência é uma condição que representa risco iminente à vida.

### Se você está fora da área de cobertura do seu plano:

Se o seu plano é ambulatorial, você só poderá ser atendido na área de cobertura do seu plano, pois ele é um plano de cobertura exclusivamente regional.

Se o seu plano é hospitalar, você possui atendimento de urgência e emergência fora área de cobertura do seu plano através da ABRAMGE – Associação Brasileira de Planos de Saúde. A Aurora Saúde possui um acordo com a ABRAMGE para prestar atendimento de urgência e emergência aos beneficiários, quando estes estiverem fora da sua área de cobertura assistencial contratada.

Para mais informações, acesse: <http://atendimentoabramge.com.br/> ou ligue para **0800 722 7511** (atendimento 24hrs).

## Beneficiários

### Qual a diferença entre titular (beneficiário) e dependente?

O titular, também conhecido como beneficiário, é a pessoa física principal que assina o contrato do Plano de Saúde. Os dependentes são pessoas adicionadas pelo titular que têm o direito de usufruir do plano juntamente com o beneficiário.

### Quem pode ser considerado um dependente?

- a) Cônjuge;
- b) Filhos solteiros, de acordo com a idade-limite estipulada no contrato com sua empresa (verifique essa condição com o departamento de Recursos Humanos da sua empresa), enteados, menores sob guarda por decisão judicial e menores tutelados que são equiparados aos filhos;

- c) Convivente, desde que haja união estável conforme previsto em lei, sem concorrência com o cônjuge, a menos que haja uma decisão judicial nesse sentido;
- d) Filhos comprovadamente inválidos.

### **Como ocorrem as inclusões e as exclusões de beneficiários? O que acontece se o titular for excluído?**

Para planos empresariais: O RH da sua empresa é responsável por adicionar ou remover dependentes do plano de saúde coletivo. Entre em contato com o RH para realizar essas solicitações.

Para planos coletivos por adesão: A administradora de benefícios é a responsável por realizar este processo. Entre em contato com a sua administradora para realizar estes tipos de movimentos.

Lembre-se de respeitar os prazos estabelecidos para garantir o atendimento.

Em caso de exclusão do beneficiário titular, os demais dependentes também serão excluídos. Se o contrato for rescindido, todos os beneficiários serão removidos do plano.

Para contratos de pessoa jurídica, a empresa deve seguir uma data de corte para enviar as exclusões.

### **Eu e meus dependentes teremos Carteira Digital?**

Sim. Em nossa operadora 100% dos beneficiários possuem acesso a Carteira Digital, tê-la sempre em suas mãos traz mais praticidade para o atendimento e a realização de consultas.

Para acessá-la, basta utilizar o app Aurora Saúde. O titular do plano terá acesso a carteira de todos os seus dependentes.

### **No caso de um filho recém-nascido, ele receberá atendimento antes de receber o Cartão de Identificação?**

Recém-nascidos sem cartão de identificação podem receber atendimento se estiverem acompanhados por um responsável legal inscrito no plano.

O responsável deve apresentar seu cartão de identificação, documento de identidade e certidão de nascimento do bebê.

Durante os primeiros 30 dias após o nascimento, o bebê pode ser atendido sem o cartão. Para ter direito ao aproveitamento de carências do plano de seus pais, a inclusão do recém-nascido ao plano de seus pais deve ser solicitada a operadora em até 30 dias após o nascimento.

### **Se eu contribuir com um valor referente à mensalidade, terei algum direito?**

Sim. Confira os possíveis casos:

1. Em caso de demissão sem justa causa, é permitido ao beneficiário titular manter o plano de saúde, assumindo o pagamento integral. Consulte o RH da empresa para informações sobre os valores;
2. Após o desligamento, o período de manutenção do plano varia de um terço do tempo de contribuição (mínimo de seis meses e máximo de 24 meses). Solicite ao RH o preenchimento do termo de opção a ser enviado à Aurora Saúde;
3. Na aposentadoria, é possível manter a cobertura contratual, assumindo o pagamento integral do plano;
4. Para contribuições abaixo de 10 anos, o direito de manutenção é proporcional. Com pelo menos 10 anos de contribuição, o direito é garantido por prazo indeterminado.

Observação: solicite a continuidade do plano ao RH no momento do desligamento. A manutenção está sujeita à vigência do contrato entre a empresa e a Aurora Saúde.

Além disso, atente-se aos fatores:

- 1) A condição de beneficiário será encerrada em casos de rescisão do contrato coletivo, expiração do prazo estabelecido por lei ou contratação em um novo emprego com plano diferente;
- 2) Contribuição mensal é necessária para manter os direitos em caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria;
- 3) A coparticipação não é considerada como contribuição, pois ocorre apenas quando há utilização;
- 4) A Resolução Normativa RN 488/2022, que trata do plano de inativos, se aplica imediatamente ao contrato, a menos que o contrato coletivo tenha sido firmado antes dessa data e a empresa não concorde com sua adequação aos dispositivos dessa normativa. Verifique com o RH da empresa.

### Posso ter reajuste em minha mensalidade?

Para planos de saúde, o reajuste ocorre de duas formas:

**Reajuste financeiro:** Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor das mensalidades e coparticipações será anual. Ele terá como data-base de aniversário o mês de assinatura do contrato.

**Reajuste por faixa etária:** Ao passar por alteração de faixa etária de qualquer beneficiário, o reajuste ocorrerá no mês seguinte ao da mudança de faixa, de acordo com os percentuais descritos na proposta de adesão.

- 1ª faixa - 0 a 18 anos
- 2ª faixa – 19 a 23 anos
- 3ª faixa – 24 a 28 anos
- 4ª faixa – 29 a 33 anos
- 5ª faixa – 34 a 38 anos
- 6ª faixa – 39 a 43 anos
- 7ª faixa – 44 a 48 anos
- 8ª faixa – 49 a 53 anos
- 9ª faixa – 54 a 58 anos
- 10ª faixa 59 anos ou mais

Nos coletivos empresariais ou por adesão, o reajuste é aplicado de acordo com o que foi acordado em contrato.

O plano de saúde  
que está junto.  
Permita-se ao novo.

## Atendimento para beneficiários

Central de Relacionamento

Segunda a sexta-feira de 07 às 18h

**4000-2105**

Whatsapp

Segunda a sexta-feira de 07 às 18h

**31 4000-2105**

[www.souaurorasaude.com.br](http://www.souaurorasaude.com.br)

@souaurorasaude em todas as redes

**aurora**  
**saúde**