



SOUDI – SUBSÍDIO EM MEDICAMENTOS - FAMILIAR

# CONDIÇÕES GERAIS



## **1. REDE TOTAL BENEFÍCIOS**

A **REDE TOTAL BENEFÍCIOS** oferece um ecossistema de saúde que possibilita acesso às clínicas e laboratórios através de uma ampla rede de profissionais e serviços credenciados que atendem nas diversas áreas da medicina tradicional e complementar. Praticando preços diferenciados e com reduções de até 80% sobre o valor particular cobrado por clínicas e laboratórios. Entre outras esferas, através da orientação saúde e telemedicina, ofereceremos aos clientes/beneficiários a possibilidade de se consultar em diversas especialidades médicas sem sair de casa e na palma da mão. Nossos clientes/beneficiários também contam com um gama de assistências e seguros para total segurança do adquirente. Além disso, é disponibilizada uma equipe multidisciplinar orientada a realizar os agendamentos em toda rede credenciada de forma humanizada, entendendo a necessidade de cada cliente e orientando a respeito dos serviços de saúde públicos e privados. Central única para todos os benefícios, funcionamento disponível 24hrs por dia.

### **1. Definições**

- a) **Aplicativo e Plataforma:** Entende-se por aplicativo e plataforma a ferramenta utilizada para acessar os serviços da **REDE TOTAL BENEFÍCIOS**, por meio do Website, Celular e/ou Tablet disponibilizados pela **REDE TOTAL BENEFÍCIOS**.
- b) **Central de Atendimento:** Canal de relacionamento que prestará todo o amparo ao **USUÁRIO** em relação aos serviços disponibilizados neste Regulamento. Podendo ser através do telefone, internet, WhatsApp ou aplicativo.
- c) **Condições Gerais:** Conjunto das cláusulas comuns a todas as modalidades e/ou coberturas do programa **REDE TOTAL BENEFÍCIOS**, que estabelecem as obrigações e os direitos das Partes.
- d) **Franquia:** No que se refere a **REDE TOTAL BENEFÍCIOS**, não haverá qualquer franquia.
- e) **Regulamento ou Termo:** Todo o disposto no presente documento.
- f) **Usuário ou Beneficiário:** Entende-se por **USUÁRIO** ou **BENEFICIÁRIO**, a pessoa física, que usufruido programa por direito de uso.
- g) **Titular:** Pessoa física, devidamente qualificada ao uso do programa **REDE TOTAL BENEFÍCIOS** e responsável pelas obrigações financeiras.

h) **Dependentes:** Pessoa física, devidamente qualificada e indicada pelo Titular ao uso do programa **REDE TOTAL BENEFÍCIOS**.

i) **Procedimentos:** Procedimentos que poderão ser realizados pelo **TITULAR** e seus **DEPENDENTES**. Os procedimentos podem ser consultados pelo Aplicativo, Portal do Beneficiário e Central de Atendimento. (Os respectivos valores são informados pela **CENTRAL DE ATENDIMENTO**).

## 2. Demais benefícios oferecidos:

<u>Descrição</u>	<u>Tipo</u>	<u>Cobertura</u>
Subsídio em Medicamentos	Assistência	Familiar (1+2)

**Subsídio em Medicamentos:** Cobertura para medicamentos tarjados genéricos regulamentados pela ANVISA e constantes na ABCFARMA, comercializados em redes de farmácias e drogarias. A assistência garante cobertura para medicamentos tarjados genéricos decorrentes de atendimento médico de urgência e/ou alta hospitalar de até R\$ 100,00.

### 1. Documentos obrigatórios para aquisição na Rede Credenciada:

- Rede Credenciada: Receita Médica e/ou odontológica (assinada, carimbada e datada);
- Evidência de atendimento de urgência/emergência.

### 2. Documentos obrigatórios para solicitação via Reembolso:

- Receita Médica e/ou odontológica (assinada, carimbada e datada); - Documento de Identificação com Foto e CPF; - Telefone para Contato; - Cupom Fiscal; - Dados bancários do Usuário. O beneficiário terá até 30 (trinta) dias da data do atendimento para solicitação do reembolso. O prazo para análise e pagamento será de 15 (quinze) dias úteis.

### 3. Procedimento para Acionamento:

- O Segurado após atendimento médico, deverá entrar em contato através de nossos canais de atendimento para validar a solicitação e posteriormente retirar o produto em uma de nossas redes credenciadas ou solicitar reembolsos para compras realizadas em farmácias de livre escolha. - As solicitações de reembolso estão sujeitas a análise e aprovação total ou parcial de acordo com a cobertura oferecida neste documento.

- **Limite de Utilização:** Limite de até 3 utilizações de R\$ 100,00 cada
- **Acionamento/Utilização:** Para utilização do subsídio em medicamentos, é necessário apresentar todos os documentos solicitados. O beneficiário terá até 30 (trinta) dias da data do atendimento para solicitação do reembolso. O prazo para análise e pagamento será de 15 (quinze) dias úteis

- **Abrangência:** Nacional

#### 4. **Exclusões para Assistência Saúde:**

- a) A **REDE TOTAL BENEFÍCIOS** não se responsabilizará por quaisquer despesas relacionadas ou não a prestação do serviço ou pela execução de qualquer serviço que não esteja relacionado ao escopo das assistências previstas nestas condições gerais;
- b) Procedimentos que caracterizem má-fé ou fraude do usuário na utilização da **REDE TOTAL BENEFÍCIOS**, ou por qualquer meio, bem como se o usuário procurar obter benefícios ilícitos do serviço;
- c) A **REDE TOTAL BENEFÍCIOS** não se aplica em caso de eventuais atrasos, inviabilidade ou impossibilidade na prestação do serviço ocasionado por motivo de caso fortuito ou de força maior. Ficam definidos, desde já, como casos fortuitos e de força maior, nos termos do código civil, os eventos que causem embaraços, impeçam a execução da **REDE TOTAL BENEFÍCIOS** ou coloquem em risco a segurança do responsável, filho ou terceiros;
- d) Sistema de atendimento previsto na cláusula anterior constitui-se única e exclusivamente, na forma definida neste contrato, em um canal de serviços online onde o usuário entrara em contato diretamente com o prestador para o agendamento de consultas e prestação de informações para atendimento na rede privada, sendo que neste não presta, qualquer serviço de natureza médica, odontológica, hospitalar ou ambulatorial, de sorte que a contratada não poderá ser responsabilizada, em qualquer hipótese, por eventuais falhas, faltas, ações ou omissões dos credenciados, que são profissionais e empresas independentes, estes se responsabilizando direta e integralmente pela qualidade e segurança dos serviços prestados e dos produtos disponibilizados;
- e) Fornecimento gratuito de medicações, materiais hospitalares ou qualquer outro tipo de produto comercializado nas redes credenciadas;
- f) Aplicação de medicações ou qualquer outro serviço disponível nas redes credenciadas;
- g) Entrega e ou delivery de medicamentos e outros produtos comercializados pela rede de farmácias credenciada;
- h) Atendimento médico ou odontológico de urgência ou emergência.

#### 5. **Disposições Gerais**

O **USUÁRIO** concorda plenamente com todos os termos do Contrato e declara ter ciência que a **CONTRATADA** não oferece qualquer tipo de cobertura e/ou garantia de pagamento por serviços e procedimentos médicos e odontológicos prestados,

inclusive ambulatoriais e de urgência e emergência, sendo certo que os mesmos obrigam o **USUÁRIO** ao pagamento dos valores e honorários diretamente aos **PRESTADORES** de serviços, conforme consultado previamente por intermédio da **CENTRAL DE ATENDIMENTO TELEFÔNICO**, cujos valores obedecerão acordo previamente firmado para atendimento do **SISTEMA DE SAÚDE**.

A **CONTRATADA** não presta qualquer serviço de natureza médica e odontológica, hospitalar ou ambulatorial, de urgência ou emergência e nem fornece qualquer bem ou produto, não podendo ser responsabilizada por eventuais falhas, faltas, ações ou omissões dos **PRESTADORES**, cuja natureza se reveste de total independência, responsabilizando-se estes, assim, integralmente pelos serviços prestados.

O **TITULAR** declara para os devidos fins que as informações aqui prestadas e que integram o contrato são a expressão da verdade, sendo que o mesmo se responsabiliza pela formal comunicação a empresa, em caso de eventual alteração em qualquer dos dados. Declara igualmente que os endereços indicados estão aptos a receber correspondências.

A rede de estabelecimentos credenciados assim como os benefícios oferecidos podem ser atualizados ou alterados sem aviso prévio pela **REDE TOTAL BENEFÍCIOS**.

Dúvidas e outras informações poderão ser esclarecidas por nossa central de atendimento e/ou através da loja/site do mesmo.

O titular autoriza expressamente a **REDE TOTAL BENEFÍCIOS** a enviar informações, promoções para sua caixa postal de e-mail e/ou celular.

Por fim, ao aceitar o programa **REDE TOTAL BENEFÍCIOS** o contratante concorda com os Termos descritos neste **CONTRATO**.

Este **CONTRATO** deverá ser interpretado de acordo com as leis do Brasil. Toda e qualquer disputa originária ou relacionada a este Contrato deverá ser exclusivamente trazida perante a corte de São Paulo.

O **USUÁRIO TITULAR**, declara que tem plena ciência de que o **PROGRAMA REDE TOTAL BENEFÍCIOS**, tem condições distintas e não se trata de plano de saúde.

**Canais de Acionamento e utilização das Assistência:**

**Central de Atendimento:** 0800 779 7666

**Aplicativo:** REDE TOTAL BENEFÍCIOS (disponível nas plataformas Android e IOS)

**Portal do Beneficiário:** [www.beneficiario.redetotalbeneficios.com.br](http://www.beneficiario.redetotalbeneficios.com.br)