



# 2023

## **CABESP Família**

**Manual de Orientação  
para Contratação do  
Plano de Saúde**

ANS nº 35.233-1

# ÍNDICE

- 03** Plano de Assistência Médica
- 03** Segmentação e abrangência
- 04** Carências
- 04** Mecanismos de Regulação
- 04** Reajustes
- 05** Alterações na rede assistencial do plano
- 05** Vigência
- 06** Rescisão

## MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

**A CAIXA BENEFICENTE DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO – CABESP** é uma associação, com personalidade jurídica de direito privado sem finalidade lucrativa, inscrita no CNPJ sob o número 62.231.527/0001-84 e registrada na ANS sob o número 35233-1, operadora do Plano Coletivo de Assistência à Saúde – CABESP Família, doravante denominado **CABESP Família**.

### PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

O **CABESP Família** é um plano coletivo autossustentável, destinado à pessoa física, que atende ao Plano de Referência previsto nos artigos 10 e 12 da Lei 9656/98 e na Resolução Normativa número 465/2021.

### SEGMENTAÇÃO E ABRANGÊNCIA

O Plano Coletivo de Assistência à Saúde – **CABESP Família** possui abrangência nacional, oferecendo Assistência Médica: ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e odontológica em todos os estados do território brasileiro.

A prestação desta assistência será conforme o plano contratado e nos termos e limites do Regimento, com livre escolha de médicos e estabelecimentos médico-hospitalares, por meio da Rede Credenciada, Convênio de Reciprocidade e Cessão de Rede (Rede Indireta) ou Reembolso de despesas.

## CARÊNCIAS

Os beneficiários inscritos no plano estarão sujeitos ao cumprimento de carências máximas, conforme prescrito pela Lei 9656/98:

- **24 (vinte e quatro)** horas para atendimentos de urgência / emergência;
- **30 (trinta)** dias para consultas;
- **90 (noventa)** dias para os procedimentos odontológicos, exames, terapias, procedimentos ambulatoriais (que necessitem ou não de prévia autorização);
- **180 (cento e oitenta)** dias para internações hospitalares, exceto para internações obstétricas;
- **300 (trezentos)** dias para internações obstétricas.

## COPARTICIPAÇÃO EM INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

Haverá cobrança de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) das despesas médicas e hospitalares para casos de internações psiquiátricas, dentro de um mesmo período anual de vigência do plano, a contar do primeiro dia que ultrapassar 30 (trinta) dias.

## REAJUSTES

A mensalidade do plano de Assistência Médica **CABESP Família** será reajustada da seguinte maneira:

- Reajustes anuais aplicados no mês de maio de cada ano;
- Percentuais de reajuste por mudança de faixa etária, na qual o beneficiário se enquadra, que incidirão no mês subsequente ao aniversário.

Independentemente do reajuste anual, as mensalidades poderão ser majoradas também de acordo com a variação dos custos médico-hospitalares, despesas comerciais, administrativas e gerais, conforme planilha técnica.

## ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTÊNCIAIS DO PLANO

A relação da Rede Credenciada poderá ser consultada através do **Disque CABESP** no número **0800 722 2636**, por meio do **portal CABESP** [www.cabesp.com.br](http://www.cabesp.com.br) e do **aplicativo CABESP**, onde constará a rede de prestadores atualizada.

## VIGÊNCIA

O início da vigência do plano será a partir da zero hora do dia subsequente à data de pagamento do boleto bancário referente à primeira mensalidade, precedida da aprovação da Proposta de Inscrição pela CABESP.

O período de vigência será de 12 (doze) meses, sendo renovado automaticamente por igual período, se não houver comunicação formal em sentido contrário por qualquer das partes, até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento e assim sucessivamente.

## RESCISÃO

O beneficiário será excluído do plano sem direito à devolução\* dos valores pagos e, a qualquer título, nas seguintes ocorrências:

- Solicitação de cancelamento de forma escrita e assinada pelo Titular/Contratante;
- Não pagamento da(s) mensalidade(s), coparticipação(ões), utilização(ões) indevida(s) ou segunda via do Cartão de identificação/**CABESP Família**, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos;
- Omissão ou prestação de informações incorretas, ou tentativa por qualquer meio doloso ou fraudulento, para obter vantagens deste plano em benefício próprio ou de outrem;
- Falecimento do beneficiário\*\*;
- Recusa ou dificuldade por parte do(s) beneficiário(s) de efetuar exames ou diligências necessárias a resguardar direitos próprios e da CABESP;
- Perda da elegibilidade.

\*Será devolvida a mensalidade "pró-rata" do mês, quando esta estiver quitada.

\*\*No caso de falecimento do Titular/Contratante, os dependentes inscritos na data do óbito poderão permanecer no plano de Assistência à Saúde, sem interrupção da cobertura, desde que no prazo de 30 (trinta) dias efetuem a substituição do Titular/Contratante.

Em todos os casos de exclusão, o beneficiário se obriga a devolver ou inutilizar os respectivos Cartões CABESP e o(s) do convênio de Reciprocidade, caso possua.

A exclusão do plano não quita débitos existentes, que serão cobrados oportunamente.

