Manual do Beneficiário
Plano CABESP
(Assistência Direta)

2022

cabesp

ANS nº 35.233-1

ÍNDICE

03 Bem-vindo
04 Cartão do Beneficiário
05 Cartão Digital e Cartão Físico
06 Elementos do Cartão
07 Como acessar a rede credenciada - Portal
08 Como acessar a rede credenciada - Aplicativo
09 Telemedicina
10 Prazos máximos para atendimento
11 Qual é o plano que você adquiriu?
12 Cobertura do seu plano
13 Outras coberturas
14 Outras informações sobre o seu plano
15 Dicas de utilização do plano
16 Urgência e emergência
17 Carências
18 Reembolso Livre Escolha
20 Reembolso Reparador
21 Quais são as regras para autorização das sessões de terapias
23 Como acontecem as exclusões de beneficiários
24 Portal de serviços
25 Aplicativo CABESP
26 Fale com a CABESP

BEM-VINDO

Prezado beneficiário,

É uma grande satisfação recebê-lo como beneficiário CABESP, que é um plano de autogestão, com o principal objetivo de prestação de serviço médico-hospitalar e odontológico de qualidade.

Em caso de dúvidas relacionadas ao seu plano, entre em contato conosco por meio do portal pelo **Fale Conosco**.

Teremos muito prazer em atendê-lo.

SEJA BEM-VINDO À CABESP!

CARTÃO DO BENEFICIÁRIO

O seu cartão CABESP é uma garantia de que você está sempre bem protegido.

O cartão de beneficiário será concedido digitalmente, e deverá ser apresentado junto com um documento de identidade, quando for realizar seus atendimentos nos prestadores da rede credenciada. Por este meio, a CABESP permanecerá assegurando os seus direitos e vantagens do seu plano de saúde.

O uso indevido é proibido e, de acordo com a gravidade, estará sujeito às consequências previstas em leis, Estatuto e/ou Regulamento do Plano CABESP. Além do ressarcimento dos valores gastos à CABESP.

CARTÃO DIGITAL

O cartão digital dos planos CABESP já está disponível para todos os beneficiários por meio do portal e aplicativo CABESP. Esse formato possibilita um ambiente totalmente digital para o acesso e renovação da sua carteira, proporcionando um processo mais dinâmico e transparente.

Já adotado como uma tendência no mercado das operadoras de saúde, este modelo traz mais praticidade para o usuário que terá todos as informações do seu cartão na palma da mão.

A versão digital é reconhecida e aceita pelos prestadores da CABESP e sua apresentação garante que médicos, clínicas e hospitais atendam ao beneficiário que se identificar pelo cartão digital.

CARTÃO FÍSICO

Orientações para os beneficiários que possuem o cartão físico.

Proteja-o: evite sujar, riscar a tarja magnética, expor ao sol, molhar ou colocar o cartão em contato com aparelhos como rádios, tevês e celulares. Assim ele vai estar sempre funcionando, para você se sentir bem cuidado.

Nunca empreste o seu cartão de identificação a outra pessoa. Ele é pessoal e intransferível. Se apurado o uso indevido de um serviço por esse motivo, o beneficiário pode sofrer consequências, como por exemplo, a sua exclusão, prevista no Art. 9, inciso III do Estatuto.

E se você perder o cartão ou ele for roubado, avise a CABESP para que todas as providências necessárias sejam tomadas.

ELEMENTOS DO CARTÃO

Frente

1 - Nome do usuário

2 - Número do cartão

3 - Orientações de acomodação

4 - Número do cartão nacional de saúde

Verso

5 - Nome do usuário

6 - Detalhamento da acomodação, cobertura e carências

7 - Mensagem de uso

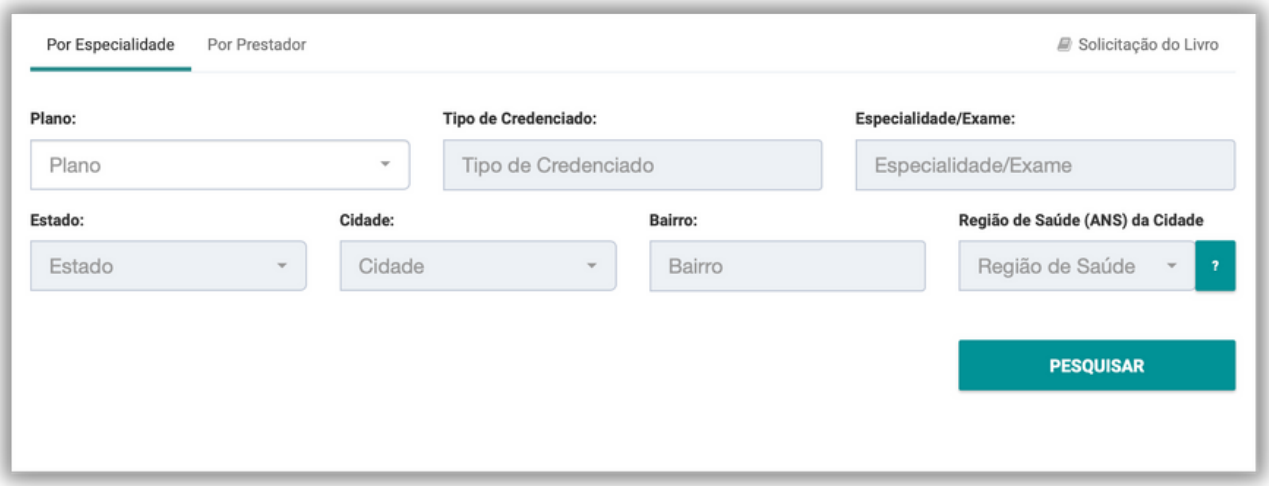
8 - Número de registro da ANS da CABESP

9 - Telefone do Disque CABESP

COMO ACESSAR A REDE CREDENCIADA - PORTAL

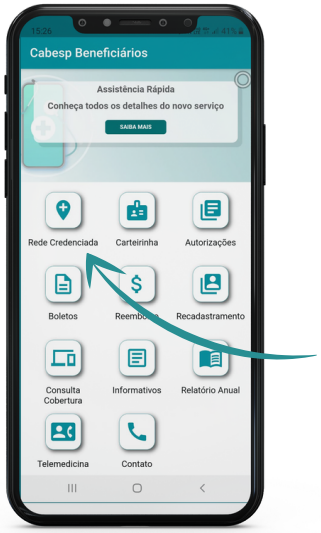
O ícone para acessar a Rede Credenciada está localizado na parte central do portal CABESP: www.cabesp.com.br. Clique no botão para acessar os campos de pesquisa.

Preencha o campo plano condizente com sua situação, busque o tipo de credenciado, especialidade e exame. Faça a consulta desejada por Estado, Cidade e Bairro.

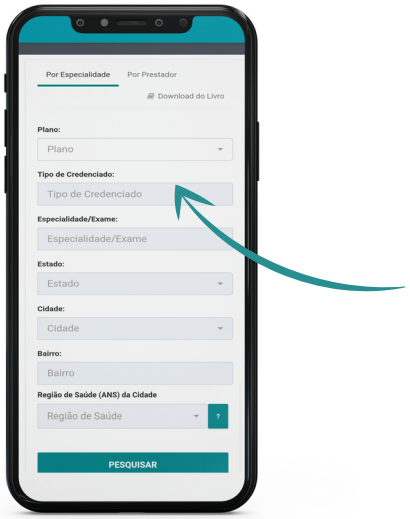


COMO ACESSAR A REDE CREDENCIADA - APLICATIVO

Na loja de aplicativos do seu celular faça o download do aplicativo CABESP. Em seguida clique no ícone do aplicativo no seu celular e na sequência clique na opção **"Rede Credenciada"**.



Preencha o campo plano condizente com sua situação, busque o tipo de credenciado, especialidade e exame. Faça a consulta desejada por Estado, Cidade e Bairro.



TELEMEDICINA

A telemedicina tem se mostrado uma importante ferramenta para a ampliação e melhoria dos serviços de saúde, por trazer agilidade, segurança, praticidade e tecnologia para os atendimentos.

Em 2020 a CABESP investiu na implantação da ferramenta para que os beneficiários tenham acesso a consultas de forma prática e segura, utilizando o **celular** ou **computador**.

O serviço de Telemedicina da CABESP também possui opções de agendamento com especialidades incluídas, tais como: Cardiologia, Clínica Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Geriatria, Ginecologia, Infectologia, Neurologia, Oncologia Clínica, Ortopedia, Pediatria, Psiquiatria e Urologia.

Conheça todos os passos para fazer o seu cadastro na plataforma e agendar a sua consulta no link: **www.cabesp.com.br**/**AssistenciaRapida**/**Telemedicina**

Para acessar o serviço de telemedicina da CABESP é necessário realizar um cadastro em: https://nav.dasa.com.br/

PRAZOS MÁXIMOS PARA ATENDIMENTO

Para garantir a qualidade e a agilidade do seu atendimento dentro dos prazos mencionados abaixo, é fundamental que você apresente a documentação necessária quando solicitada.

Para ser atendido dentro dos prazos, você deverá ter cumprido os períodos de carência previstos em seu contrato.

Esses prazos valem para o atendimento por um dos profissionais ou estabelecimentos de saúde da rede credenciada ao plano, na especialidade necessária.

Confira os prazos máximos em dias úteis para atendimento dos beneficiários, segundo a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Serviços

- Urgência e emergência **- Imediato**
- Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial **- 03 dias úteis**
- Consulta básica: pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia **- 07 dias úteis**
- Consulta e procedimentos realizados em consultório / clínica com cirurgião-dentista **- 07 dias úteis**
- Consulta/sessão com: fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta **- 10 dias úteis**
- Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial **- 10 dias úteis**
- Consulta nas demais especialidades **- 14 dias úteis**
- Procedimentos de alta complexidade (PAC) **- 21 dias úteis**
- Atendimento em regimento hospital-dia **- 10 dias úteis**
- Atendimento em regime de internação eletiva **- 21 dias úteis**
- Consulta de retorno **- A critério do profissional responsável pelo atendimento**

QUAL É O PLANO QUE VOCÊ ADQUIRIU?

- **Quanto ao tipo de contratação**
  Plano fechado. Adesão somente de dependentes dos associados, atendendo às disposições estatutárias, sendo preferenciais: companheiro(a), cônjuge, filho(a). Na ausência dos preferenciais, permitido pai ou mãe.

- **Quanto à abrangência geográfica**
  Nacional.

- **Quanto à formação do preço**
  Percentual sobre a renda.

- **Quanto ao fator moderador**
  Coparticipação - Quando o beneficiário paga parte da despesa assistencial diretamente à operadora, após a realização do atendimento.

- **Quanto ao padrão de acomodação**
  Apartamento (Acomodação individual)

COBERTURA DO SEU PLANO

As coberturas da CABESP estão de acordo com o Rol de Procedimentos - listagem dos procedimentos em saúde, cuja cobertura é garantida e atualizada pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que está disponível no endereço eletrônico: www.ans.gov.br.

Cobertura ambulatorial

São os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatórios, incluindo realização de pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para atendimento, tais como:

- Consultas;
- Serviços de apoio diagnóstico (Exames);
- Consulta e procedimentos em consultório, pronto-socorro e pronto atendimento.

Cobertura hospitalar

São os atendimentos realizados em ambientes hospitalares por exigirem uma estrutura mais complexa para atendimento, tais como:

- Internações clínicas e cirúrgicas;
- Procedimentos obstétricos e partos.

OUTRAS COBERTURAS

Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica, em território brasileiro.

- Depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, quando o médico assistente identificar necessidade de remoção para outro hospital;
- Para transferência hospitalar, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para dar continuidade de atenção ao paciente.

ATENDIMENTO FORA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Além da Rede Credenciada, a CABESP disponibiliza atendimento médico e hospitalar fora do estado de São Paulo, através de Convênios de Reciprocidade e Cessão de Rede (Rede Indireta), garantindo o atendimento aos beneficiários e respeitando as coberturas do plano contratado.

Para outras informações sobre atendimento fora do Estado de São Paulo acesse o portal CABESP ou o aplicativo CABESP na opção referente ao seu plano.

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE O SEU PLANO

Condições de permanência no plano empresarial

Aposentado

O beneficiário que tiver contribuído com a mensalidade do plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício e for aposentado no momento de seu desligamento da companhia, pelo prazo mínimo de dez anos, terá garantido o direito de permanência, passando então a assumir as responsabilidades referentes às mensalidades e coparticipações. Se o tempo de permanência for inferior, o direito será assegurado à razão de um ano para cada ano de permanência.

Demissão sem justa causa

O beneficiário que contribuir com o plano de saúde e for demitido, sem justa causa, pode permanecer por período correspondente a um terço do tempo de permanência no Plano, sendo, no mínimo, 6 meses e, no máximo, 24 meses, passando então a assumir as responsabilidades referente às mensalidades e às coparticipações integralmente, e não podendo ter vínculo empregatício em outra empresa.

Para demitidos sem justa causa que comprovem aposentadoria (carta de concessão INSS com data anterior ao desligamento), fora resguardado o direito ao plano vitalício através do Art. 31 da Lei 9656/98. Novas inclusões de dependentes após o desligamento serão permitidas, desde que enquadradas na legislação vigente.

DICAS DE UTILIZAÇÃO DO PLANO

1 Ausência em consultas

Quando não puder comparecer à consulta, avise com pelo menos 24 horas de antecedência. Outra pessoa pode precisar daquele atendimento.

2 Prescrições médicas

Guarde sempre as prescrições do seu médico. O desaparecimento de sintomas não significa o fim da necessidade de cuidados médicos.

3 Anotações

Escreva tudo o que você deseja discutir com o seu médico. Isso ajuda a manter a atenção no que realmente lhe incomoda. Leve a lista e leia antes de começar a consulta.

4 Documentos

Para agilizar qualquer atendimento, apresente sempre o cartão de identificação digital e a carteira de identidade.

5 Pronto atendimento

Evite o uso do pronto atendimento em casos que não forem de urgência ou emergência.

6 Telemedicina

O serviço de Telemedicina da CABESP dispõe de atendimento com Clínico Geral para consultas de urgência, além de outras especialidades.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

São consideradas situações de urgência e emergência aquelas que dependem da ação imediata do médico e, portanto, não podem aguardar o agendamento de uma consulta em consultório.

São casos de urgência e emergência:

EMERGÊNCIA

É o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

X

URGÊNCIA

É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

CARÊNCIAS

É o prazo ininterrupto, contado a partir da vigência do contrato, durante o qual o beneficiário não tem direito à utilização dos procedimentos contratados, conforme tabela a seguir:

Prodecimentos	Carências
Urgências e emergências	**24 horas**
Consultas	**30 dias**
Internações hospitalares, exceto para internações obstétricas	**180 dias**
Internações obstétricas	**300 dias**
Procedimentos odontológicos, exames, terapias, procedimentos ambulatoriais (que necessitem ou não de prévia autorização)	**90 dias**

REEMBOLSO LIVRE ESCOLHA

Reembolso Livre Escolha é o ressarcimento de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares, cobertos pelo plano de saúde, eletivos ou emergenciais, fora da rede credenciada de prestadores CABESP, nas condições e limites do plano contratado.

O reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde será assegurado conforme tabela praticada pela CABESP.

O reembolso será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias corridos da entrega da documentação, desde que os documentos estejam completos e corretos, conforme regimento CABESP.

Para obter o reembolso das despesas médico-hospitalares, fora da rede credenciada da CABESP, é necessário que a data de validade máxima dos documentos seja de até 90 dias corridos da data do efetivo atendimento.

Confira a seguir quais documentos (em via original) anexar à sua solicitação e outras informações.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- **Consultas:** Recibo ou Nota Fiscal, com a especificação de consulta, nome do paciente, valor cobrado, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento.

- **Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento:** Recibo ou Nota Fiscal, com a especificação de exame realizado, nome do paciente, valor cobrado, assinatura e carimbo do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento.

- **Atendimentos de pronto-socorro hospitalar:** Nota Fiscal, com a especificação e discriminação do atendimento realizado, procedimentos, materiais, medicamentos, taxas e outros, laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento.

- **Honorários médicos durante a internação:** Recibo ou Nota Fiscal, contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado e o procedimento realizado, laudo médico, laudo do exame anatomopatológico, nome do paciente, valores cobrados, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento.

Internações: Nota Fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar, com a discriminação da relação de materiais e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar, assim como o relatório médico da internação, com o(s) respectivo(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) realizado(s).

REEMBOLSO REPARADOR

A CABESP garante a cobertura das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, a título reparador, através de reembolso integral em até 30 dias da apresentação da documentação acima, desde que após o contato com a operadora por meio telefone 0800 722 2636, seja identificado não haver rede de prestadores contratada para o serviço solicitado e/ou disponibilidade de atendimento nos prazos e condições estabelecidos pela ANS, conforme tabela constante no Manual do Beneficiário, no item "Prazos Máximos de Atendimento", contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento, até a sua efetiva realização, inclusive em situação de urgência e emergência comprovada;

Reforçamos que o beneficiário deverá entrar em contato com a CABESP para que seja viabilizado o atendimento por meio da operadora.

Observamos que o reembolso integral destes casos é realizado de acordo com o estatuto social da operadora.

QUAIS SÃO AS REGRAS PARA AUTORIZAÇÃO DAS SESSÕES DE TERAPIAS?

Consulta com nutricionista

Cobertura mínima obrigatória, de 12 consultas, por ano de contrato, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

- Crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso / altura);
- Jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/ altura);
- Idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (Índice de Massa Corpórea (IMC) < 22kg/m^2);
- Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;
- Pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m^2) com mais de 16 anos;
- Pacientes ostomizados;
- Após cirurgia gastrointestinal;
- Para gestantes, puérperas e mulheres em amamentação até 6 meses após o parto.
- Cobertura mínima obrigatória de 18 sessões, por ano de contrato, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.
- Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

RPG

A CABESP autoriza até 20 sessões por ano de contrato.

Sessões de Fisioterapia

A CABESP autoriza até 20 sessões de fisioterapia a cada 30 dias. A continuidade do tratamento será avaliada com envio de relatório médico.

COMO ACONTECEM AS EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

São casos de exclusão do associado do Quadro Social da CABESP, sem direito à devolução das contribuições pagas, compensação ou indenização de qualquer natureza:

- a demissão do emprego do Banco Santander (Brasil) S.A., de quaisquer empresas do Conglomerado Santander e da própria CABESP, ainda que a pedido do próprio funcionário;

- o atraso superior a 60 (sessenta) dias, no pagamento de suas contribuições ou qualquer outra contraprestação financeira, contado a partir da data do vencimento em aberto;

- a omissão ou prestação de informações inexatas por qualquer meio, para inscrição de dependentes ou obtenção de assistência;

- a reincidência do associado na prática de quaisquer dos atos passíveis de penalidade, previstos no artigo 8º, inciso V, do Estatuto.

PORTAL DE SERVIÇOS

Utilize os recursos de autosserviços para sua comodidade e agilidade na resolução de problemas.

Serviços disponíveis online:

- Acesso ao serviço de Telemedicina;
- Acesso ao cartão digital (visualização e impressão);
- Consultar e/ou gerar código de barras de seu boleto;
- Reagendar débito em conta corrente dos valores em aberto;
- Alteração de endereço, telefones e e-mail;
- Solicitação de reembolso médico;
- Acompanhamento de suas autorizações médicas;
- Consultar coberturas de procedimentos;
- Verificar pendências de recadastramento;
- Realizar cancelamento de seu plano e/ou de dependentes;
- Verificar demonstrativos e extratos;
- Participar de programas de promoção à saúde (câncer de mama, próstata e colo do útero).

APLICATIVO CABESP

Acesse a loja de aplicativos do seu Smartphone e/ou Tablet e faça o download do aplicativo da CABESP que permitirá acessar os seguintes serviços:

Serviços disponíveis por aplicativo:

- Rede Credenciada
- Cartão digital do beneficiário
- Telemedicina
- Acompanhamento de sua autorização
- Solicitação de reembolso
- Recadastramento
- Consulta de cobertura
- Informativos
- Boletos
- Relatório Anual
- Contato

FALE COM A CABESP

Portal CABESP

Acesse www.cabesp.com.br em sua área logada e acesse os serviços disponíveis.

Atendimento ao beneficiário

Telefone 0800 722 2636.

Ouvidoria

O contato com a Ouvidoria acontece da seguinte forma:

- O beneficiário deve acionar primeiramente um dos canais de atendimento da CABESP: telefone ou fale conosco.
- Caso ainda permaneça algum tipo de questionamento quanto ao atendimento recebido, o beneficiário poderá entrar em contato com a Ouvidoria pelo site www.cabesp.com.br/ouvidoria, pelo e-mail: ouvidoria@cabesp.com.br ou pelo telefone (11) 2185-1036.

cabesp

ANS nº 35.233-1