



Manual do Beneficiário Plano CABESP

CABESP FAMÍLIA

2024

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
- 14** Exclusões
- 20** Reajustes
- 21** Dicas de utilização do plano
- 22** Urgência e emergência
- 23** Carências
- 24** Reembolso Livre Escolha
- 28** Reembolso Reparador
- 29** Quais são as regras para autorização das sessões de terapias
- 31** Como acontecem as exclusões de beneficiários
- 32** Portal de serviços
- 33** Aplicativo CABESP
- 34** 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 Regimento do Plano CABESP. Além do ressarcimento dos valores gastos à CABESP.



CARTÃO DIGITAL

O novo 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 todas 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.

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.

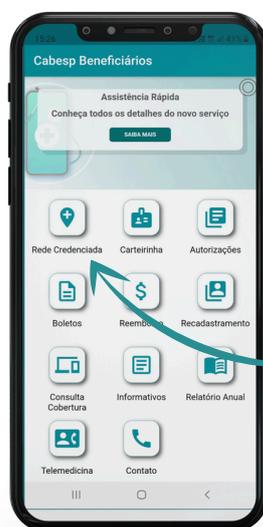


Preencha o campo plano condizente com sua situação, busque o tipo de credenciado, especialidade e exame. Faça a consulta desejada por Estado, Cidade e Bairro.

A screenshot of the search form for the 'CREDENCIADOS' section. At the top, there are two tabs: 'Por Especialidade' (selected) and 'Por Prestador'. To the right is a link for 'Solicitação do Livro'. The form contains several input fields: 'Plano' (dropdown menu), 'Tipo de Credenciado' (text input), 'Especialidade/Exame' (text input), 'Estado' (dropdown menu), 'Cidade' (dropdown menu), 'Bairro' (text input), and 'Região de Saúde (ANS) da Cidade' (dropdown menu with a question mark icon). A teal 'PESQUISAR' button is located at the bottom right of the form.

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



Clique em "Assistência Rápida"

Telemedicina



Em seguida em
"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, 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**

Cabesp Família - A adesão é permitida a ex-associados e ex-beneficiários Cabesp Direta (SCPA), grupo familiar até o 4º grau por consanguinidade e até o 2º grau por afinidade.

- **Quanto à abrangência geográfica**

Nacional.

- **Quanto à formação do preço**

Cabesp Família - Valor da mensalidade disponível por meio de distribuição de faixa etária.

- **Quanto ao padrão de acomodação**

Apartamento (Acomodação individual)

COBERTURA DO SEU PLANO

As coberturas da Cabesp Família 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

Cobertura com limitações

Os portadores de transtornos psiquiátricos que necessitem de internação terão direito ao custeio, no máximo 30 dias, contínuos ou não, por ano de contrato não cumulativo, em hospital ou unidade especializada. Caso seja necessária a continuidade do tratamento, haverá a cobrança de coparticipação de 50%, conforme estabelecido em regimento.

EXCLUSÕES

Saiba quais procedimentos estão excluídos da cobertura do seu plano

Os procedimentos e/ou itens não cobertos no CABESP Família são:

Área Médica

- Tratamentos clínico ou cirúrgico experimental / alternativo, para fins de pesquisa e/ou não reconhecidos pelos órgãos fiscalizadores e regulamentadores da atividade médica, os não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Tratamento no Exterior;
- Tratamento em clínica de emagrecimento, clínica de repouso e similares, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações sociais que não necessitem de cuidados médico-hospitalares;

- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos ou sociais;
- Cirurgia plástica em geral, exceto as restauradoras para:
 - a) correção de lesão proveniente de acidente pessoal ocorrido na vigência do plano, e/ou;
 - b) correção de lesão decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna que tenha se manifestado após o início da vigência do plano, estando a cobertura sujeita à apresentação do laudo anatomopatológico da lesão neoplásica;
 - c) dermolipectomia para correção de abdômen em avental após tratamento de obesidade mórbida.
- Tratamentos para esterilidade, infertilidade, impotência e/ou frigidez sexual;
- Reprodução assistida (Inseminação / Fertilização artificial);
- Procedimentos para reversão de esterilização;
- Cirurgias para mudança de sexo;
- Cirurgia oftalmológica refrativa não contemplada no Art. 8º, § 1º deste Regimento;
- Check-up;
- Todos os exames para exclusão de paternidade;
- Avaliações clínicas e exames laboratoriais para fins de pesquisa;
- Coleta de exames laboratoriais em domicílio;
- Enfermagem particular no hospital ou no domicílio, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- Consulta domiciliar;
- Internação de véspera e internação domiciliar;
- Compra ou aluguel de aparelhos, equipamentos e gases medicinais;
- Suplemento alimentar;

- Vacinas, exceto a anti-Rh;
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquirido por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência), exceto os quimioterápicos orais com cobertura obrigatória prevista no Rol da ANS;
- Medicamentos e materiais importados não nacionalizados;
- Próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- Curativos, materiais, medicamentos e vacinas ministradas ou utilizadas fora do regime de internação hospitalar e/ou de atendimento ambulatorial de urgência ou emergência;
- Gastos extras não vinculados diretamente à cobertura, a exemplo absorventes, termômetro, meia elástica, colete, gesso sintético e materiais assemelhados, produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos, jornais, TV, frigobar etc.;
- Gastos de qualquer natureza com acompanhante durante a internação, exceto acomodação e alimentação, quando o paciente for menor de 18 anos ou maior de 60 anos;
- Necropsias, preparo de cadáver, velório e afins;
- Consulta médica, exames e avaliação para fins de atestado de saúde, saúde ocupacional, exames periódicos e para fins de admissão ao trabalho ou atividades em escolas, academias, clubes etc.;
- Consulta para obtenção ou renovação de Carteira Nacional de Habilitação;

- Quaisquer atendimentos reconhecidos pela autoridade competente como epidemias ou pandemias;
- Quaisquer atendimentos em caso de calamidade pública, atos da natureza, comoções internas, guerras e revoluções, quando declarados pela autoridade competente;
- Demais procedimentos não incluídos no Art. 8º caput e § 1º deste Regimento.

Área Odontológica

- Cobertura Odontológica abrange os seguintes procedimentos em conformidade com a Lei 9656/98 e suas atualizações, desde que realizados em consultórios:

I - Diagnóstico:

- a) consulta inicial;
- b) exame histopatológico.

II - Urgências/ emergências odontológicas:

- a) curativo e/ ou sutura em caso de hemorragia bucal/ labial;
- b) curativo em caso de odontalgia aguda/ pulpectomia/ necrose;
- c) imobilização dentária temporária;
- d) recimentação de trabalho protético;
- e) tratamento de alveolite;
- f) colagem de fragmentos;
- g) incisão e drenagem de abscesso intra e extra oral;
- h) reimplante de dente avulsionado.

III - Radiografias:

- a) periapicais;
- b) interproximais/ bite-wing;
- c) oclusal.

IV - Prevenção em saúde bucal:

- a) atividade educativa;
- b) evidenciação de placa bacteriana;
- c) profilaxia-polimento coronário;
- d) fluoroterapia;
- e) aplicação de selante.

V - Dentística:

- a) aplicação de cariostático;
- b) adequação do meio bucal;
- c) restauração em amálgama;
- d) restauração em resina fotopolimerizável ou ionômero de vidro;
- e) núcleo de preenchimento;
- f) ajuste oclusal.

VI - Periodontia:

- a) raspagem supra e subgengival, alisamento e polimento corono-radicular;
- b) imobilização dentária;
- c) gengivectomia / gengivoplastia; aumento de coroa clínica;
- e) cunha distal;
- f) cirurgia periodontal a retalho, por dente ou região;
- g) sepultamento radicular.

VII - Endodontia:

- a) capeamento pulpar direto;
- b) tratamento e retratamento endodôntico em dentes permanentes com 1, 2, 3 ou 4 condutos;
- c) pulpotomia (decíduos e/ou permanentes);
- d) remoção de núcleo intraradicular/ corpo estranho;
- e) tratamento endodôntico em dentes decíduos;
- f) tratamento endodôntico em dentes com rizogênese incompleta;
- g) tratamento de perfuração radicular.

VIII - Cirurgia:

- a) alveoplastia;
- b) apicectomia em dentes uni, bi ou trirradiculares, com ou sem obturação retrógrada;
- c) biópsia;
- d) cirurgia de tórus (unilateral/bilateral);
- e) correção de bridas musculares;
- f) excisão de mucocele e rânula;
- g) exodontia a retalho;
- h) exodontia de raiz residual;
- i) exodontia simples;
- j) exodontia de dente decíduo;
- k) redução alvéolo palatino - cruenta ou incruenta;
- l) frenectomia labial e lingual;
- m) cirurgia para remoção de dentes inclusos ou impactados;
- n) sulcoplastia;
- o) ulectomia/ulotomia;
- p) hemiseção com ou sem amputação radicular.

IX - Odontopediatria:

- a) condicionamento em odontologia;
- b) reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato.

X – Próteses:

- a) coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF (restauração metálica fundida);
- b) reabilitação com coroa total de cerômero unitária para dentes anteriores;
- c) reabilitação com coroa total metálica unitária para dentes posteriores;
- d) reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré fabricado
- e) reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária.

REAJUSTES

A mensalidade do seu plano de saúde poderá sofrer reajuste quando:

- Houver mudança de faixa etária;
- Reajuste anual aplicado todo mês de maio, conforme estudo atuarial.

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:

Procedimentos	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 e odontológicos, 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 - REEMBOLSO MÉDICO

- **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; comprovante de desembolso (transferência bancária, compensação de valores pagos em débito em conta, compensação de cheque, lançamento dos valores na fatura do cartão de crédito). Valores pagos em espécie não serão reembolsados.
- **Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento:** 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; comprovante de desembolso (transferência bancária, compensação de valores pagos em débito em conta, compensação de cheque, lançamento dos valores na fatura do cartão de crédito). Valores pagos em espécie não serão reembolsados.
- **Atendimentos de pronto-socorro hospitalar:** Nota Fiscal, com a especificação e discriminação do atendimento realizado, procedimentos, materiais, medicamentos, taxas etc., 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, comprovante de desembolso (transferência bancária, compensação de valores pagos em débito em conta, compensação de cheque, lançamento dos valores na fatura do cartão de crédito). Valores pagos em espécie não serão reembolsados.

- **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, comprovante de desembolso (transferência bancária, compensação de valores pagos em débito em conta, compensação de cheque, lançamento dos valores na fatura do cartão de crédito). Valores pagos em espécie não serão reembolsados.
- **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), comprovante de desembolso (transferência bancária, compensação de valores pagos em débito em conta, compensação de cheque, lançamento dos valores na fatura do cartão de crédito). Valores pagos em espécie não serão reembolsados.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS - REEMBOLSO ODONTOLÓGICO

Formulário **Guia para Reembolso de Tratamento Odontológico** (MCabesp0211) completamente preenchido e assinado.

- Recibo ou Nota Fiscal com identificação do prestador do serviço;
- CPF/CNPJ;
- Nome;
- No do Conselho Profissional – CRO;
- Especialidade;
- Cidade e UF do Atendimento;
- Valor Pago;
- Data e Assinatura no recibo do profissional habilitado;
- **Comprovante de desembolso** (transferência bancária, compensação de valores pagos em débito em conta, compensação de cheque, lançamento dos valores na fatura do cartão de crédito). Valores pagos em espécie não serão reembolsados.

REEMBOLSO REPARADOR

A CABESP garante a cobertura das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde médica e odontológica, 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/m²);
- Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;
- Pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²) 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

O beneficiário será excluído do plano sem direito a devolução dos valores pagos, ressalvando o disposto no § 3º do Artigo 39 do Regimento, e, a qualquer título, nas seguintes ocorrências:

- Solicitação de cancelamento de forma escrita e assinada pelo Titular/Contratante;
- O atraso superior a 60 (sessenta) dias, no pagamento de suas mensalidades ou qualquer outra contraprestação financeira, contado a partir da data do vencimento em aberto;
- 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;
- Perda da elegibilidade.

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.



ANS n° 35.233-1