

ASCP

Cartilha

Guia rápido de utilização do
Plano de Assistência à Saúde
Santa Casa de Porto Alegre





Esta é a CARTILHA dos planos de saúde ASCP - E e ASCP - 3, da Operadora de Planos de Assistência à Saúde - OPS Caixa de Assistência dos Empregados do Banco do Estado do Rio Grande do Sul - CABERGS, registrada junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o número 30.731-9, e por ela classificada como de Autogestão.

Seguindo orientação da ANS, nesta CARTILHA são encontradas em linguagem simples, clara e precisa todas as características dos mencionados produtos ASCP - E e ASCP - 3.

Os planos de saúde ASCP - E e ASCP - 3 atendem as exigências da legislação em vigor, em especial da Lei 9.656/98.

A definição dos principais termos usados nesta CARTILHA poderá ser encontrada no Capítulo I, do Regulamento do ASCP.

01. O que é ASCP?

É a sigla do Plano de Assistência à Saúde Santa Casa de Porto Alegre, denominação dada ao Regulamento dos planos de saúde (produtos) registrados na ANS com os seguintes nomes e sob os seguintes números:

- ASCP - E: Plano de Assistência à Saúde Santa Casa de Porto Alegre Empregados, n.º 455.807/07-3; e,

- ASCP - 3: Plano de Assistência à Saúde Santa Casa de Porto Alegre Dependentes Indiretos, Aposentados e Ex-empregados, n.º 455.817/07-1.

Todos os assuntos tratados no Regulamento do ASCP, nesta CARTILHA e demais documentos vinculados que não citarem especificamente o ASCP - E ou o ASCP - 3 estarão tratando de regras comuns aos dois planos de saúde.

02. O que é o Regulamento do ASCP e o que ele contempla?

É o contrato (coletivo por adesão) em que o beneficiário responsável (nesta CARTILHA denominado como Titular do Grupo Familiar inscrito ou simplesmente Titular) adere ao ingressar no ASCP - E ou no ASCP - 3. Instrumento onde são estabelecidos os direitos e deveres dos beneficiários e da CABERGS.

03. Quais as principais características do ASCP?

Trata-se de um plano instituído na vigência da lei dos planos de saúde. É um plano que oferece cobertura para todos os procedimentos previstos pela legislação atual, em todas as segmentações assistenciais, assim definidas pela ANS como: ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, e odontológica. Neste Plano somente poderão ser beneficiários os empregados da Associada Patrocinadora e seus dependentes (veja itens 05 e 06), pois é um plano fechado, de autogestão, e a ANS proíbe sua comercialização.

04. Quais as diferenças entre o ASCP - E e o ASCP - 3?

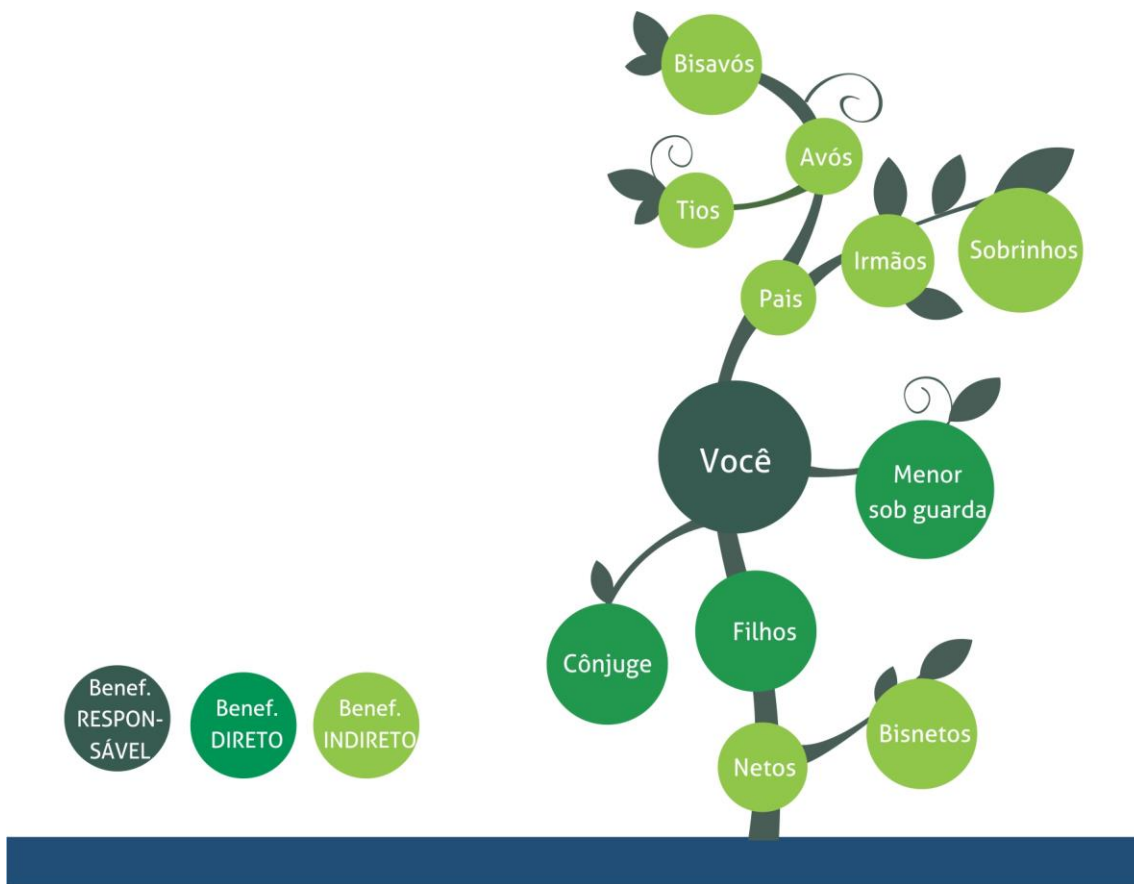
São duas: os beneficiários que poderão ser inscritos num ou noutro; e, o preço das contribuições mensais. Todas as demais condições são comuns a ambos os planos.

05. Quem pode ser inscrito no ASCP - E?

- os empregados (Titulares) da empresa que na condição de Associada Patrocinadora da CABERGS aderir ao ASCP;
- seus cônjuges;
- os companheiros (as) com quem mantenham, por no mínimo, 5 anos de união estável;
- os filhos (as) solteiros (as), até 21 anos incompletos, extensivo até os 24 anos quando não exercerem atividade remunerada e frequentarem curso regular de segundo grau, universitário ou preparatório ao vestibular, e
- os filhos (as) inválidos, de qualquer idade.

06. Quem pode ser Inscrito no ASCP - 3?

- os empregados (Titulares), que estavam inscritos no ASCP - E e vierem a se desligar da Associada Patrocinadora, por motivo de demissão ou aposentadoria, pelo tempo que lhes for assegurado pelo Regulamento do ASCP (art. 9º), e o Grupo Familiar que ele mantinha inscrito no ASCP - E e no próprio ASCP - 3, à época;
- aqueles que mantenham até 3º grau de parentesco consanguíneo ou por afinidade (ver o mapa de parentesco adiante), com o empregado inscrito no ASCP - E, inclusive os filhos (as) que não atendam as condições para serem ou permanecerem inscritos naquele plano;
- os companheiros (as) dos empregados inscritos no ASCP - E, com menos de 5 anos de união estável;
- o ex-cônjuge ou equiparado, que por decisão judicial, o Titular do plano estiver obrigado a assistir;
- filhos de parentes de 3º grau cujo parto tenha tido cobertura pelo plano; e,
- o Grupo Familiar do Titular do ASCP - E que vier a falecer.



07. Quem poderá fazer a inscrição no Plano?

Somente o Titular do Grupo Familiar.

08. Como fazer para se inscrever no Plano?

O Titular deverá preencher e assinar o formulário Documento de Adesão na CABERGS (DAC), para ele e cada um dos seus dependentes, e juntar uma foto do beneficiário inscrito. O formulário poderá ser retirado: no Serviço de Atendimento ao Beneficiário (SABE) da CABERGS; no CABERGS Atendimento Santa Casa; junto as pessoas indicadas, durante os eventos da campanha de divulgação; ou, ainda, no departamento de administração de pessoal da Associada Patrocinadora. A entrega somente poderá ser efetuada num dos locais de atendimento da CABERGS, que dará comprovante do seu recebimento.

09. Qual a data da inscrição no Plano?

Aquela (data) do recebimento do DAC pela CABERGS, independentemente do pagamento da 1ª contribuição e/ou da Taxa de Inscrição (se houver). Essa será a data para contagem das

carências. Ela não poderá ser inferior àquela do ingresso da Associada Patrocinadora na CABERGS ou de início da vigência do plano.

10. O que o beneficiário receberá por ocasião da inscrição no Plano?

- Titular do Grupo Familiar: cópia do DAC, um exemplar do Estatuto Social *, do Regulamento Geral *, do Regulamento do ASCP, da Cartilha do Plano, da Rede Credenciada Referenciada (Guia de Credenciados do ASCP), uma senha particular ** para seu uso (restrito) do site da CABERGS; e,

- Dependente: cópia do DAC de cada inscrito.

A Carteira da CABERGS, com a inscrição no plano, será entregue até 30 dias após a inscrição.

* Tendo em vista as adaptações da CABERGS em relação ao novo Código Civil, esses documentos poderão ser disponibilizados apenas no seu site.

** Mediante acesso ao site da CABERGS.

11. A Carteira da CABERGS será paga?

Não, a CABERGS fornecerá gratuitamente a carteira e suas renovações. Contudo, caso o beneficiário deseje substituí-la ou solicitar uma nova via (alegando perda ou extravio), o custo da mesma lhe será repassado, juntamente com a próxima mensalidade. O valor da Carteira será informado no momento do pedido.

12. Há pagamento de Taxa de Inscrição? Qual o valor?

- Sim, caso faça a inscrição após 30 dias da data em que passar a ter direito ao plano. A Taxa é por beneficiário inscrito, correspondente ao valor de uma mensalidade, e será descontada juntamente com a 1ª contribuição mensal.

- Não, caso o empregado faça sua inscrição e/ou de seus dependentes em até 30 dias da data em que adquirir condições para tal, ou seja, após a data:

- de implantação do Plano na sua empresa; ou

- de sua admissão nela.

Ou ainda, após a inscrição do Titular, em relação aos seus dependentes, quando efetuada em até 30 dias após a data:

- do nascimento do novo dependente; e/ou
- do casamento em relação ao cônjuge e dependentes por afinidade.

Não haverá Taxa de Inscrição, também, para os beneficiários que estando no ASCP - E ingressarem no ASCP - 3, e vice-versa, desde que o façam no prazo de até 30 dias da data do desligamento.

13. Qual a área geográfica de abrangência e atuação do Plano?

Exclusivamente Porto Alegre (RS).

14. Os beneficiários poderão ser atendidos fora de Porto Alegre (RS)?

Sim, apesar do plano não estar obrigado a isto (veja item 13), nas situações de urgência ou emergência, fora de Porto Alegre, os beneficiários do ASCP poderão usufruir da rede credenciada da CABERGS existente no local de atendimento.

15. Onde obter a relação de credenciados do ASCP?

- no Guia de Credenciados do ASCP, impresso em forma de livreto;
- no site www.cabergs.org.br;
- consultando o serviço CABERGS Atendimento Santa Casa, ou
- o Serviço de Atendimento ao Beneficiário - SABE, da CABERGS.

O Guia de Credenciados do ASCP informará a rede na data de sua publicação, enquanto os demais estarão sendo permanentemente atualizados.

16. Qual o padrão de acomodação hospitalar?

Quarto semiprivativo com dois leitos e banheiro. Cobrirá, também, as despesas com pernoite e café da manhã do acompanhante, desde que disponibilizada pelo hospital.

17. Quais os serviços médicos ambulatoriais e hospitalares com obstetrícia cobertos pelo ASCP?

Aqueles relacionados na "Tabela de Serviços Cobertos, Coparticipação, Carência e Autorização Prévia" (veja item 21), assim especificados:

- a) consultas médicas em consultório, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal;
- b) procedimentos e exames realizados durante a consulta médica em consultório;
- c) atendimentos em hospitais e pronto-socorros de urgência ou emergência;
- d) exames ou procedimentos para fins diagnósticos prescritos durante a consulta médica, inclusive de alto custo, tais como: tomografia computadorizada, ressonância magnética e hemodinâmica;
- e) tratamentos de hemodinâmica, embolizações, radiologia intervencionista, hemodiálise, diálise peritoneal convencional e CAPD, quimioterapia, radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia) e hemoterapia;
- f) sessões seriadas de tratamento, tais como: fisioterapia, fototerapia, fonoaudiologia, psicoterapia, escleroterapia e acupuntura,
- g) Internações hospitalares, para fins clínicos, cirúrgicos e obstétricos, inclusive as psiquiátricas, bem como cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

18. Há limitação em relação às sessões de psicoterapia?

Sim. Terão duração máxima de 12 semanas e serão limitadas a cobertura de 12 sessões por ano civil, por beneficiário, não cumulativas e independentemente do serviço prestado (individual, em grupo, casal, familiar, orientação de pais e familiar). Poderão ser prestadas por um ou mais profissionais da área da saúde mental - psicólogo ou psiquiatra - e somente terão cobertura quando iniciadas logo após o atendimento de urgência ou emergência e/ou prescritas por médico do Ambulatório Clínico ASCP.

19. O que compreenderá a cobertura da Internação Hospitalar?

- a) diárias do paciente e do acompanhante (veja item 16) sem limite de dias de internação, inclusive em UTI/CTI/UCI;

- b) despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- c) exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;
- d) fornecimento de medicamentos, anestésicos e gases medicinais;
- e) hemoterapia;
- f) hemodiálise, diálise peritoneal convencional e CAPD;
- g) quimioterapia, radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- h) nutrição enteral e parenteral;
- i) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- j) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- k) embolizações e radiologia intervencionista;
- l) fisioterapia;
- m) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- n) a remoção do paciente comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica;
- o) assistência ao parto e pré-natal.

20. Haverá cobertura para transplantes?

Sim, de córnea e rim. Inclusive em relação às despesas com seus procedimentos vinculados, tais como: aquelas com a cirurgia do doador vivo e acompanhamento clínico no pós-operatório.

21. Tabela de Serviços Cobertos, Coparticipação, Carência e Autorização Prévia.

SERVIÇOS COBERTOS	CO-PARTICIP.*	CARENCIA	AUTOR. PRÉVIA**
Consultas médicas no ambulatório clínico ASCP	NÃO	120 dias ***	Não
Consultas médicas/proced./exames na rede credenciada referenciada	30%	120 dias ***	Credenciado
Consulta de urgência ou emergência/procedimentos/exames	30%	24 horas	Não ****
Sessões de psicoterapia e fonoaudiologia	30%	180 dias	Credenciado
Sessões de fisioterapia, fototerapia, escleroterapia e acupuntura	30%	180 dias	Credenciado
Exames médicos para fins diagnósticos, exceto hemodinâmica	20%	120 dias ***	Credenciado
Exames de hemodinâmica	NÃO	120 dias ***	Beneficiário
Tratamento quimioterápico, radioterápico e hemodiálise	NÃO	180 dias	Beneficiário
Tratamento psiquiátrico em regime de hospital-dia	30%	180 dias	Beneficiário
Internação Psiquiátrica	NÃO	180 dias	Beneficiário
Parto normal ou cesáreo	NÃO	300 dias	Beneficiário
Cirurgia Ambulatorial	NÃO	180 dias	Beneficiário
Internação Clínica e Cirúrgica	NÃO	180 dias	Beneficiário
Tratamento odontológico, exceto Trat. preventivo e aplic. selante	30%	180 dias	Credenciado
Tratamento odontológico preventivo e aplicação de selante	NÃO	180 dias	Credenciado

* Quando existir incidirá sobre o custo do serviço (valor pago prestador do serviço, mais encargos, se houver).

** Quando existir indicará quem deverá providenciar na sua obtenção.

*** Poderá ser reduzida para 60 dias (veja item 42).

**** Apesar de dispensar Autorização Prévia, o credenciado devesse certificar-se da condição de beneficiário do paciente.

22. Como usar o serviço médico de urgência ou emergência?

Este tipo de atendimento será realizado por hospitais e pronto-socorros da Rede Credenciada Referenciada (veja item 15). Para ser atendido, basta apresentar a Carteira da CABERGS. É necessário assinar o formulário da CABERGS, reconhecendo o atendimento recebido.

23. Qual a cobertura hospitalar para psiquiatria?

- internação de 30 dias por ano, por beneficiário, em situação de crise;

- mais 15 dias de internação por ano, por beneficiário, portador de quadro de intoxicação ou abstinência por dependência química; e,

- além de 8 semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia, prorrogável para até 180 dias para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionadas a CID.

24. Como acompanhar as despesas com uma internação hospitalar ou cirurgia ambulatorial?

Apesar de não haver coparticipação (veja item 21) sempre que a CABERGS efetuar um pagamento desse tipo enviará - mediante e-mail ou correspondência - ao Titular do Grupo Familiar um extrato da despesa, para que ele possa acompanhar e colaborar na gestão do plano (o plano é de autogestão).

25. Quem são os prestadores de serviço do ASCP?

Os médicos do Ambulatório Clínico ASCP e os profissionais (médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e cirurgiões-dentistas), laboratórios, clínicas radiológicas e hospitais da Rede Credenciada Referenciada (veja item 15).

26. O que é o Ambulatório Clínico ASCP?

É um serviço médico contratado pela CABERGS para atendimento exclusivo dos beneficiários do ASCP. No serviço serão prestadas consultas médicas em consultório (que não forem de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA) e atos médicos e de enfermagem ligados à mesma, pelo sistema de hora marcada. É a Porta de Entrada de que trata o Regulamento do ASCP.

27. Quando usar o Ambulatório Clínico ASCP?

Sempre que necessitar de um atendimento médico (para odontológico veja item 36), excetuando-se os de urgência ou emergência (veja item 22), pediatria, oftalmologia, ginecologia e obstetrícia (veja item 30).

28. Por que usar o Ambulatório Clínico ASCP?

- lá estará o prontuário médico (histórico de saúde) de todos os beneficiários do ASCP, com todos os registros dos atendimentos médicos que tiver, inclusive daqueles realizados pela Rede Credenciada Referenciada;

- pelos atendimentos, o beneficiário não pagará coparticipação. Na Rede Credenciada Referenciada, inclusive nos casos de urgência ou emergência, haverá coparticipação (veja item 21);

- o serviço foi dimensionado para lhe atender com presteza (agilidade na marcação de consulta médica) e qualidade (médicos especialmente selecionados para este atendimento);

- caso seja necessário, o médico lhe encaminhará para um serviço especializado da Rede Credenciada Referenciada, reduzindo a possibilidade de condutas desnecessárias ou atendimentos com profissionais de especialidades menos recomendadas; e,

- está localizado estrategicamente dentro de um hospital de alta complexidade, o que possibilitará rapidez no atendimento de casos importantes.

29. Onde fica o Ambulatório Clínico ASCP, quais os dias e horários de funcionamento e como agendar uma consulta?

Na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Rua Annes Dias, 295 (próximo ao cartão ponto central). Seu funcionamento será de 2ª a 6ª, no horário comercial (poderá ser ampliado de acordo com as necessidades). O agendamento das consultas médicas deverá ser feito pelo telefone 3214-8000.

30. O beneficiário poderá marcar uma consulta médica, que não seja de urgência ou emergência, diretamente com um especialista da Rede Credenciada Referenciada?

Sim, porém apenas com médicos das especialidades de Pediatria, Oftalmologia, Ginecologia e Obstetrícia. Para as demais especialidades, somente mediante encaminhamento de médico do Ambulatório Clínico ASCP.

31. O que o beneficiário deverá fazer para marcar uma consulta médica ou uma sessão de tratamento na Rede Credenciada Referenciada?

- obter a Rede Credenciada Referenciada (veja item 15);
- definir o profissional ou serviço da sua preferência;
- agendar o atendimento, identificando-se como um beneficiário da CABERGS, plano ASCP.
- se pediatra, oftalmologista, ginecologista ou obstetrícia: não precisará ter consultado antes com um médico do Ambulatório Clínico ASCP (veja item 30);
- se psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia e especialidades médicas, exceto pediatria, oftalmologia, ginecologia e obstetrícia: será necessário que o beneficiário tenha consultado antes com um médico do Ambulatório Clínico ASCP (veja item 26).

Concluído o atendimento, o credenciado irá proceder no seu registro e enviá-lo ao Ambulatório Clínico ASCP, para controle, e à CABERGS, para pagamento.

Não será necessário que o beneficiário assine qualquer documento de cobrança. A comprovação do atendimento se dará pelo registro do atendimento.

32. O beneficiário poderá desmarcar uma consulta médica, uma sessão de tratamento, inclusive odontológico que já tiver agendado?

Sim, mas deverá fazê-lo com pelo menos 1 dia de antecedência. Caso não o faça, o serviço credenciado ou o Ambulatório Clínico ASCP poderá cobrar pelo NÃO COMPARECIMENTO. Neste caso, o custo integral (100% da consulta médica, por exemplo, mais encargos se houverem, além da taxa de administração de 10%) será repassado ao Titular do Plano. O desconto será juntamente com a próxima mensalidade.

33. Em que circunstâncias haverá cobertura odontológica?

Quando os procedimentos (veja item 36) forem realizados no consultório da Rede Credenciada Referenciada do ASCP, após a realização da consulta odontológica de ingresso. O beneficiário somente poderá fazer a sua consulta odontológica de ingresso na Rede Credenciada Referenciada do ASCP uma vez cumprida a carência para os procedimentos odontológicos (veja item 21). Para urgência ou emergência não será necessária a consulta odontológica de ingresso.

34. O que é a Consulta Odontológica de Ingresso e para que ela serve?

É o registro dos dentes presentes e ausentes em boca, de cada beneficiário. As informações darão origem ao odontograma do beneficiário, local onde serão anotados todos os procedimentos que vierem a ser realizados pelo Plano. Tem várias finalidades, dentre elas, exigir dos credenciados garantias em relação aos trabalhos efetuados, de tal forma que uma restauração fotopolimerizável seja refeita, sem custos ao Plano ou ao beneficiário, caso venha a cair, durante um período entendido como razoável (neste caso 5 anos).

35. A Consulta Odontológica de Ingresso terá custo para o Beneficiário?

Não. A despesa é integralmente do Plano.

36. Quais os procedimentos com cobertura odontológica?

De urgência ou emergência, radiologia, prevenção e saúde bucal, dentística (restaurações), periodontia (tratamento da gengiva), endodontia (tratamento de canal) e cirurgia (extrações de dentes e raízes, dentre outros). A relação completa dos procedimentos cobertos consta da seção VII, do Capítulo VI, do Regulamento do ASCP.

37. Quais procedimentos exigem Autorização Prévia?

A exceção das consultas médicas no ASCP Ambulatório Clínico ASCP e dos atendimentos de Urgência ou Emergência na Rede Credenciada Referenciada, todos os atendimentos exigem algum tipo de autorização prévia (veja item 21).

38. Quem deverá obter a Autorização Prévia?

A responsabilidade pela obtenção da Autorização Prévia, junto ao ASCP, será aquela definida na “Tabela de Serviços Cobertos, Coparticipação, Carência e Autorização Prévia” (veja item 21). As Autorizações Prévias de responsabilidade dos credenciados serão concedidas mediante consulta ao site da CABERGS. Aquelas de conta dos beneficiários, denominadas de Guia de Autorização

Prévia - GAP, serão fornecidas por meio de impresso. Para maior conforto dos seus pacientes, na prática, os serviços credenciados têm se encarregado de providenciar na obtenção da GAP.

39. O que é carência?

Intervalo de tempo, contado a partir da data de inscrição (veja item 9), durante o qual o beneficiário não terá as coberturas asseguradas pelo Plano.

40. Por que há carência?

Para desestimular que pessoas só ingressem no Plano as vésperas de necessitar de uma cobertura, encarecendo ou até mesmo inviabilizando para aqueles que o estão pagando desde o início. Nesta fase, as mensalidades deverão, obrigatoriamente, superar as despesas. A diferença constituirá as garantias financeiras do Plano e serão utilizadas para pagar eventos futuros não previstos ou aumento do preço dos serviços acima do reajuste das mensalidades. A constituição das garantias financeiras é uma exigência da ANS e as carências estão limitadas a uma regra estabelecida pela mesma.

41. Quais as carências?

Veja item 21, “Tabela de Serviços Cobertos, Coparticipação, Carência e Autorização Prévia”.

42. Poderá haver redução de carências?

Sim, para os beneficiários inscritos até 30 dias da data em que adquirir condições para tal (ver item 12) terão as carências reduzidas para:

- Consultas Médicas: de 120 para 60 dias; e,
- Exames Médicos: de 120 para 60 dias.

43. Há beneficiários que ficarão isentos de qualquer carência?

Sim. O filho natural ou adotivo do beneficiário desde que inscrito no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção.

44. Haverá carência para os atendimentos de Urgência ou Emergência?

Não, a partir do dia seguinte a data de inscrição. A cobertura estará limitada a 12 horas de atendimento ou até que seja necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

45. E se a Urgência ou Emergência decorrer de Acidente Pessoal?

Não haverá qualquer tipo de carência, inclusive para cobertura hospitalar, a partir do dia seguinte a data de inscrição.

46. O que é coparticipação?

É a parte da despesa a ser paga pelo Titular à CABERGS, por uso de uma determinada cobertura, por ele mesmo ou seu Grupo Familiar, após a realização do atendimento.

47. Todas as coberturas terão coparticipação? Qual a participação quando houver?

Não (veja item 21). Quando houver coparticipação será calculada sobre o custo do serviço (valor pago ao prestador do serviço, mais encargos, se houver).

48. O Beneficiário poderá pagar a coparticipação diretamente ao credenciado?

Não. As coparticipações serão descontadas pela CABERGS do Titular somente após efetuar o pagamento ao credenciado e juntamente com a próxima mensalidade. Isso pode demorar mais de 2 meses. O extrato será disponibilizado ao Titular (veja item 62). O pagamento diretamente ao credenciado configura uma franquia. O ASCP não tem franquia. Caso o credenciado leve muito tempo para efetuar a cobrança da CABERGS, ela informará ao Titular, mediante e-mail ou correspondência, quando efetuar o pagamento correspondente, sobre a cobrança atrasada da sua coparticipação.

49. Existe a possibilidade de o beneficiário ser reembolsado das despesas que tiver com serviços cobertos pelo plano?

Sim, quando em Porto Alegre e não existir ou estiver indisponível um serviço do Ambulatório Clínico ASCP ou da Rede Credenciada Referenciada.

50. Há algum serviço que a cobertura se dê apenas por reembolso?

Não. Todavia, em razão da dificuldade de credenciamento da maior parte das equipes de anestesiologia, isto poderá acontecer com alguma frequência, na hipótese de utilização desse

serviço. Para evitar maiores surpresas, o beneficiário deverá informar-se, previamente, junto à CABERGS, qual o valor de tabela do serviço (limite para seu reembolso).

51. Como proceder para pedir reembolso?

O beneficiário deverá preencher e assinar o formulário padronizado da CABERGS e apresentar a documentação especificada no mesmo.

52. Qual o valor do reembolso?

O valor do reembolso estará limitado às tabelas adotadas entre a CABERGS e sua Rede Credenciada Referenciada, deduzidas eventuais coparticipações (veja item 21). Exemplo.: Se o procedimento for um honorário de cirurgia, cujo valor na tabela for de R\$ 500,00, como não há coparticipação, está será a base para reembolso. Contudo, se for um exame, cujo valor de tabela for de R\$ 100,00 e a coparticipação de 20%, a base para reembolso será de 80,00.

53. Qual o prazo para o pagamento do reembolso?

No máximo 30 dias após a entrega da documentação exigida pela CABEGRS (veja item 52).

54. Como será efetuado o reembolso?

Através de depósito bancário na mesma conta corrente, agência e banco em que o Titular recebe seus salários, enquanto empregado da Associada Patrocinadora, ou que o mesmo indicar, na hipótese de deixar de ser empregado desta.

55. Em que casos o beneficiário perderá o direito ao reembolso?

- na hipótese de não requerê-lo no prazo de 90 dias contados a partir da data da realização da despesa;
- quando não pedir autorização prévia para procedimentos que exijam este mecanismo de regulação (veja item 21);
- no caso de não seguir o referenciamento, direcionamento e hierarquização de acesso, para consultas médicas em consultório, exames e sessões de tratamento.

56. O que significa ser o ASCP do tipo pré-pagamento?

Que independentemente de usar ou não o Plano em um determinado mês os beneficiários pagarão uma mensalidade. É típico dos modelos solidários e mutualistas, ou seja, todos pagam para que os que precisarem usem os serviços.

57. Como serão organizadas as tabelas de mensalidade?

Pelo critério de faixas etárias dos beneficiários. Os intervalos de idade que dão origem as tabelas são definidos pela ANS. Além disto, para os beneficiários do ASCP - E, as mensalidades irão variar de acordo com o salário. No ASCP - E quem ganhar menos, pagará menos. As Tabelas do ASCP - E e ASCP - 3 constam do Anexo II, do Regulamento do ASCP.

58. Haverá reajuste da mensalidade por mudança de faixa etária?

Sim, e será automático. Entrará em vigor na medida em que o beneficiário completar a idade da faixa etária seguinte a que se encontrava. O aumento do preço da mensalidade obedecerá aos seguintes percentuais, em relação ao valor imediatamente anterior, conforme o plano:

Idade do Beneficiário	ASCP - E	ASCP - 3
faixa inicial, a partir do nascimento	inicial	inicial
ao completar 19 (dezenove) anos de idade	5%	16%
ao completar 24 (vinte e quatro) anos de idade	5%	16%
ao completar 29 (vinte e nove) anos de idade	5%	16%
ao completar 34 (trinta e quatro) anos de idade	5%	16%
ao completar 39 (trinta e nove) anos de idade	5%	16%
ao completar 44 (quarenta e quatro) anos de idade	5%	16%
ao completar 49 (quarenta e nove) anos de idade	5%	16%
ao completar 54 (cinquenta e quatro) anos de idade	5%	16%
ao completar 59 (cinquenta e nove) anos de idade	5%	16%

59. Poderá haver mudança do valor da mensalidade em razão do salário do Titular?

Sim, porém apenas para os beneficiários do ASCP - E. Caso a mudança do salário do Titular implique na alteração da sua faixa salarial (os intervalos de cada faixa salarial do ASCP - E constam do Anexo II, do Regulamento do ASCP), o valor da mensalidade dos beneficiários inscritos nesse Plano, do seu Grupo Familiar, serão modificados. Os intervalos das referidas faixas salariais acompanharão os mesmos índices de reajuste do ASCP - E (veja item 60). As mensalidades do ASCP - 3 não se alteram em razão do salário do Titular do Grupo Familiar.

60. Poderá haver outro tipo de reajuste da mensalidade?

Sim, sempre que for necessário equilibrar as receitas e despesas do Plano. Pela legislação atual, estes reajustes deverão obedecer a anualidade do Plano, ou seja somente poderão ocorrer após 12 meses do anterior ou do início do Plano. Isso independente da data de inscrição do beneficiário. Logo, se ele ingressar em janeiro de um determinado ano, e a data de aniversário do Plano for junho, a contar de 1º de junho do mesmo ano poderá ter sua mensalidade reajustada. Pelo convênio de adesão firmado com a Associada Patrocinadora, estes reajustes serão definidos por proposta apresentada por uma comissão paritária, composta por membros da Associada Patrocinadora e da CABERGS. O índice será divulgado com a devida antecedência.

61. Como pagar as mensalidades e eventuais coparticipações e taxas de inscrição?

Os valores devidos pelos Titulares, em relação a ele próprio e seus dependentes serão descontados na folha de pagamento dos salários junto a sua empresa. Os empregados que estejam momentaneamente sem receber folha de pagamento (em licença) e os ex-empregados (demitidos e aposentados que optarem por permanecer no plano pelo prazo que lhes for facultado) deverão recolher as importâncias devidas diretamente à CABERGS. A CABERGS informará como proceder.

62. Onde obter/conferir as despesas com o plano de saúde?

A CABERGS disponibilizará ao Titular do Plano, mediante consulta através de senha individual (veja item 10) ao seu site, extratos:

- semanais (no caso de reembolso);

- mensais (contendo as despesas de contribuições e co-participações); e,

- anuais (valores não reembolsados, contribuições mensais e co-participações) de cada um dos beneficiários do seu Grupo Familiar.

Nos extratos mensais, em relação àquelas despesas de co-participação constarão: o nome do credenciado, a data do atendimento, além do valor descontado.

O extrato anual das despesas com o plano de saúde será o documento a ser utilizado para fins de dedução na declaração anual do imposto de renda, observada a legislação em vigor.

63. Quem poderá pedir o desligamento de um beneficiário do Plano?

Apenas o Titular poderá requerer o seu desligamento ou de seus dependentes inscritos. O desligamento ficará condicionado ao recebimento pela CABERGS de requerimento e a entrega da Carteira do desligado. O pedido de desligamento do Titular implicará no imediato e automático desligamento de seus dependentes.

64. Em que casos haverá a perda da condição de beneficiário do Plano?

Além da hipótese prevista no *item* 63, o beneficiário perderá esta condição, caso:

- atrase em 60 dias o pagamento das suas contribuições ou demais débitos;
- seja desligado do quadro funcional da Associada Patrocinadora (exceção feita na hipótese prevista no item 65);
- viole as normas do Regulamento do Plano; ou,
- sua Associada Patrocinadora se desligue da CABERGS.

65. O Titular do ASCP - E que perder a condição de empregado da Associada Patrocinadora poderá permanecer no Plano?

Sim, mediante sua inscrição e de seus dependentes no ASCP - 3, nos seguintes casos:

- por motivo de demissão, sem justa causa, podendo permanecer no Plano por 1/3 do tempo que pagou o ASCP - E, sendo no mínimo 6 e no máximo 24 meses. Este direito termina na hipótese do Titular obter novo emprego;
- por motivo de aposentadoria, a razão de 1 ano para cada ano de contribuição ao ASCP - E, ou por prazo ilimitado, caso tenha contribuído por mais de 10 anos.

Estas opções deverão ser exercidas até 60 dias após o desligamento do Titular da Associada Patrocinadora.

Serviços e despesas não cobertos

Atendendo orientação da ANS, reproduzimos a descrição dos “serviços e despesas não cobertos”, relacionada no Capítulo VII, do Regulamento do ASCP:

- cirurgias, procedimentos ou tratamentos ilícitos, antiéticos, não reconhecidos pelas autoridades competentes, proibidos pela ética médica, os experimentais, e os não especificados no Rol de Procedimentos;
- fornecimento de próteses, órteses, materiais de síntese e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, inclusive aviamento de lentes e óculos;
- imobilizadores ortopédicos usados em substituição ao gesso;
- medicamentos e materiais importados, inclusive próteses, órteses, síntese e seus acessórios, que tenham similar nacional;
- internação para investigação diagnóstica e check-up;
- cirurgias com finalidade de mudança de sexo;
- tratamentos no exterior;
- procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, mesmo que justificados por uma causa médica, exceto quando destinado a: restauração de funções ou lesões em órgãos, membros e regiões decorrentes de acidentes; reparação de mal formação congênita em filhos; ou, reparação de neoplasia ou tumor;
- transplantes, à exceção de córnea e rim;
- tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- inseminação artificial, fertilização "in vitro" e outros procedimentos análogos ou complicações decorrentes de quaisquer destes casos;

- fornecimento de materiais, medicamentos e serviços para tratamento domiciliar;
- enfermagem particular no hospital ou domicílio, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- extraordinários por acomodações superiores às previstas no ASCP;
- casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- remoção de paciente, exceto na hipótese da alínea “m”, do parágrafo terceiro, do Art. 30, do Regulamento do ASCP;
- serviços de auto-atendimento, tipo housing, ou cuidados em casa (home care), inclusive consulta médica ou assistência odontológica a domicílio;
- internação hospitalar para cobertura de procedimentos constantes do Rol de Procedimentos odontológicos e não relacionados no Rol de Procedimentos médicos;
- procedimentos relacionados a acidentes de trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais, assim como os de saúde ocupacional, a exemplo de LER/DORT - Lesões por Esforço Repetitivo/Doenças Osteomuscular Relacionada ao Trabalho, PCMSO - Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional, tais como consultas e exames periódicos e para fins de admissão e demissão do trabalho;
- escleroterapia não subsequente à cirurgia de varizes;
- tratamentos para esterilidade e/ou reversão da mesma, impotência e/ou frigidez sexual;
- cirurgia oftalmológica refrativa para desvios inferiores a 7 (sete) graus;
- todos os exames para comprovação ou exclusão de paternidade;
- avaliações clínicas e exames laboratoriais para fins de pesquisa;
- coleta de exames laboratoriais a domicílio;
- curativos, materiais e medicamentos ministrados ou utilizados fora do ambiente hospitalar e/ou atendimento de urgência ou emergência;

- vacinas;

- consultas e exames para fins escolares, acadêmicos, habilitação de motorista, clubes sociais, obtenção de visto de entrada em países estrangeiros e assemelhados;

- outras, tais como: alimentação de acompanhante; bebidas em geral; dieta não recomendada pelo MÉDICO ASSISTENTE; decorações; taxas adicionais decorrentes da utilização de televisão, rádio, ar condicionado e similares; chupetas, mamadeiras, lenços, aspiradores de seio, adaptador de bico de seio e outros correlatos; extraordinários, tais como: telefonemas, despesas de toalete e outros que vierem a ser criados a partir da data deste Regulamento.