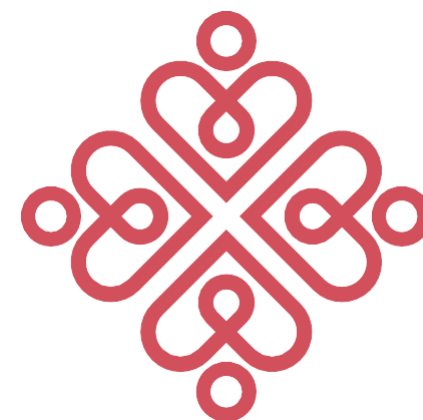




Plano de Assistência à Saúde



cuidar bem

GRUPO  SÃO DOMINGOS

Apresentação	3
Tabela de mensalidade	6
Tabela de valores coparticipação	8
Regras de atendimento	13
Condições gerais	17



O Hospital São Domingos oferta aos seus colaboradores um Plano de Assistência à Saúde, promovendo atenção personalizada e individual, envolvendo diversos profissionais de saúde, com olhar voltado para os ciclos de vida, na manutenção do cuidado integral desde as condições mais simples até o direcionamento de uma equipe de especialistas focais, quando se fizer necessário.

Em parceria com o Bradesco Saúde, uma das maiores empresas de assistência à saúde do Brasil, disponibilizamos atendimento médico, ambulatorial, laboratorial e hospitalar.

A adesão do convênio de plano de saúde – Cuidar Bem, se dá no momento da admissão do colaborador, sendo facultativa a este. Caso não realize adesão nesse momento, deverá consultar diretamente o setor de Benefícios – RH do HSD para em que outro momento poderá estar aderindo.

Para adesão, todos os beneficiários do plano de saúde passarão por Entrevista Médica Qualificada com o Médico Auditor para auxílio ao preenchimento da declaração de saúde.

CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO:

- Rede credenciada, com os seguintes hospitais:
Hospital São Domingos – Urgência e Emergência;
Clínica São Marcos (urgência/emergência para partos);
Instituto Ruy Palhano (urgência/emergência psiquiátrica);
Hospital de Referência Oftalmológico – HRO - urgência/emergência oftalmológica.
Unidade do Cuidar Bem, para consultas eletivas.
*Sobre esta rede, consultar regras de atendimento.
- Área de abrangência assistencial: São Luís;
- Acomodação: Enfermaria - Obstetrícia;
- Adesão: É facultativa ao colaborador;
- Coparticipação: sistema tabelado por procedimento.

PLANO EXTENSIVO AOS SEGUINTE DEPENDENTES:

Plano extensivo aos seguintes dependentes:

- Cônjuge ou Companheiro(a) com comprovação legal;
- Filhos (as) solteiros (as) – naturais, adotivos, enteados ou demais pessoas que estejam sob a guarda ou tutela judicial – de 0 a 21 anos;
- Filhos (as) solteiros (as) – naturais, adotivos ou enteados ou demais pessoas que estejam sob a guarda ou tutela judicial – de 21 a 24 anos dependentes economicamente do contratante do plano de saúde e estudantes de cursos reconhecidos pelo ministério da educação;
- Filhos (as) solteiros (as) – naturais, adotivos ou enteados ou demais pessoas que estejam sob a guarda ou tutela judicial, portadores de necessidades especiais em qualquer idade;

Atendimento das 07h às 19h

(98) 3216-8600

Central de Atendimento Cuidar Bem

(98) 98407-0874



Tabela de Valores Mensalidade



TABELA DE VALORES
DE MENSALIDADES

Será cobrada mensalidade de acordo com a faixa etária do beneficiário, seja titular ou dependente, conforme parâmetros abaixo:

FAIXAS ETÁRIAS	VALORES DE CONTRIBUIÇÃO
00 até 18 anos	R\$ 150,00
19 até 23 anos	R\$ 155,00
24 até 28 anos	R\$ 160,00
29 até 33 anos	R\$ 165,00
34 até 38 anos	R\$ 170,00
39 até 43 anos	R\$ 175,00
44 até 48 anos	R\$ 180,00
49 até 53 anos	R\$ 230,00
54 até 58 anos	R\$ 270,00
59 anos ou mais	R\$ 320,00

* Os beneficiários sofrerão reajuste anual conforme percentual definido pela ANS.

TABELA DE VALORES
DE MENSALIDADES

TABELA DE MENSALIDADE PARA NOVAS ADESÕES A
PARTIR DE 10/02/2021

FAIXAS ETÁRIAS	VALORES DE CONTRIBUIÇÃO
00 até 18 anos	R\$ 162,00
19 até 23 anos	R\$ 168,00
24 até 28 anos	R\$ 173,00
29 até 33 anos	R\$ 178,00
34 até 38 anos	R\$ 184,00
39 até 43 anos	R\$ 189,00
44 até 48 anos	R\$ 195,00
49 até 53 anos	R\$ 249,00
54 até 58 anos	R\$ 292,00
59 anos ou mais	R\$ 346,00

Para novos contratos e reajuste anual conforme mês de aniversário do plano:

*Os reajustes serão aplicados anualmente no mês de aniversário do contrato do plano e o índice utilizado será o publicado pela ans para reajuste de plano individual.

As novas adesões seguirão a tabela vigente no ano de entrada.



Tabela de
Valores
Coparticipação
▼

VAMOS ENTENDER MELHOR SOBRE COPARTICIPAÇÃO?

A coparticipação é uma taxa a ser paga pelo beneficiário do plano de saúde à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento de atendimento, seja titular ou dependente.

Os beneficiários receberão um panfleto impresso no momento da adesão do plano, assim como poderão acessar esta cartilha através de nossa plataforma digital – intranet, espaço Cuidar Bem.

Ao aderir o plano, o beneficiário autorizará por escrito os descontos relativos à sua utilização através da sua folha de pagamento, tendo os valores que excederem a margem consignável de desconto da coparticipação, a possibilidade de serem quitados pelo colaborador através do pagamento de boletos bancários.

A utilização de forma indevida não é de responsabilidade do plano de saúde.

NOVAS REGRAS DE COPARTICIPAÇÃO

Atendimentos realizados na Clínica Cuidar Bem	Isento
Cirurgias e Internações	Isento
Procedimentos e Terapias	Isento
Exames de imagem e cardiológico solicitados pelo(a) MF do Cuidar Bem	Isento
Exames Laboratoriais	30%
Consultas eletivas nos ambulatórios do Centro de Medicina Especializada (CME)	30%
Atendimento no Pronto-Socorro	50%
Raio-X, Ultrassonografia e Densitometria óssea	R\$30,00
Exames oftalmológicos	R\$40,00
Tomografia computadorizada	R\$50,00
Exames cardiológicos, exceto ECG	R\$60,00
Ressonância magnética, Endoscopia, Colonoscopia e exames da Medicina Nuclear, exceto PET e Densitometria óssea	R\$100,00

Canal de dúvidas: Ramal 8663 ou 98 98407-0874 (Whatsapp) E-mail: gestaocuidarbem@dasa.com.br

SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO PLANO

A inadimplência do usuário do plano de saúde (mensalidade e/ou coparticipação) que ultrapassar o prazo de 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, dentro dos últimos 12 meses de contrato poderá acarretar a suspensão ou cancelamento do plano de saúde.

Ultrapassado o prazo acima, o contrato do plano de saúde poderá ser suspenso ou cancelado, mediante notificação prévia ao beneficiário.

Na necessidade de negociação para evitar a suspensão ou cancelamento do plano, basta entrar em contato com a nossa Central de Atendimento ao Cliente, informar sua solicitação que haverá o direcionamento correto. A solicitação para cancelamento do plano somente poderá ser feita presencialmente pelo titular na sede Administrativa do Cuidar Bem.



Regras de Atendimento

O



1

3

O atendimento **inicial** se dá pelo(a) **Médico(a) de Família - MF do Cuidar Bem**, que são responsáveis por atuar de forma conjunta com as mais diversas especialidades médicas.

Quando o beneficiário necessitar de uma atenção mais específica, os Médicos de Família do Cuidar Bem irão referenciar a um especialista, sem perder o vínculo, ou seja, por mais que a pessoa necessite dos especialistas focais, esta não deixará de ter acompanhamento com o médico da família, para manutenção do cuidado ao longo da vida.

Depois da consulta com o especialista, o beneficiário deve retornar para o controle e o acompanhamento do Médico de Família, ~~para~~ personalizada no contexto individual, atendendo dúvidas, com olhar integral sobre o paciente, avaliando o contexto social e familiar.
A marcação de consultas com os Médicos de Família poderá ser realizada pela Central de Atendimento ao Cliente e/ou na unidade do Cuidar Bem.

Caso o beneficiário marque consulta diretamente com o especialista sem a referência do Cuidar Bem, este arcará com os custos integrais da consulta.

Todos os exames e procedimentos eletivos devem ser autorizados na unidade do Cuidar Bem.

O atendimento de urgência em horário comercial, poderá ser realizado na unidade do Cuidar Bem, sendo direcionado ao pronto socorro se houver necessidade.

Consultas com especialistas focais devem ser agendados presencialmente na unidade do Cuidar Bem.

REGRAS DE ATENDIMENTO

Para dor torácica, traumas, alterações de nível de consciência, convulsões e suspeita de acidente Vascular Cerebral (AVC), o atendimento será realizado no Pronto-Socorro, em qualquer horário.

A beneficiária gestante deve iniciar seus atendimentos pelo cuidar bem. O(a) MF fará o acompanhamento pré-natal de baixo risco. Para os casos de alto risco ou, em situações que o (a) MF do cuidar bem assim determinar, a paciente será encaminhada para acompanhamento por um obstetra específico do programa. A paciente será acompanhada em conjunto com o obstetra referenciado do programa. Quanto ao parto a beneficiária terá seu parto realizado na maternidade referenciada.



Condições Gerais



O Plano de Assistência à Saúde não contempla o pagamento de reembolso de despesas dentro e fora da rede credenciada.

Os beneficiários do plano poderão ser ter seus contratos cancelados por inadimplência e somente poderão usufruir do benefício mediante quitação de débitos pendentes.

A adesão ao plano de saúde será permitida para os colaboradores e seus dependentes das empresas Hospital São Domingos e Neuroimagem.

Os novos prestadores de serviço que fizerem a adesão ao Plano de Saúde administrado pelo Grupo São Domingos, com a parceria da Bradesco Saúde, farão sua contribuição mensal e pagamento de coparticipação em conformidade com as regras estabelecidas nesta cartilha.

Serão atendidos no Cuidar Bem todos os beneficiários que estiverem ativos no Plano de Assistência à Saúde.

A carência para os novos beneficiários será praticada de acordo com a norma vigente da ANS:

SITUAÇÃO	TEMPO
Urgência e Emergência: atendimento ambulatorial de urgência e emergência e casos de acidente pessoal nos termos da resolução consu nº 13/98;	24 h
Demais casos (consultas, exames, internações, cirurgias).	180 DI AS
Partos a termo, parto que ocorre durante o período de 37 a 42 semanas de gestação, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional;	300 DI AS
Consulta - Médico da Família	SEM CARÊNCIA

“Estarei lá quando precisar de mim. Vou me esforçar para te entender na sua própria história, oferecer cura se eu puder tentar aliviar sua dor, sempre oferecer conforto, fazer o meu melhor para não te expor a nenhum mal.”

