

MANUAL DOS BENEFÍCIOS EM SAÚDE

CLUBE ATLÉTICO PARANAENSE

Palavra do Presidente

O Clube Atlético Paranaense inova mais uma vez e está oferecendo aos seus colaboradores um modelo de saúde eficaz, prático e moderno, proporcionando bem estar aos nossos funcionários e seus dependentes diretos.

Conheça nosso pacote de benefícios em Saúde!

SUMÁRIO

1. Introdução
2. Conceito do Modelo de Saúde do CAP
3. Critérios de Elegibilidade
4. Benefícios Oferecidos
5. Política de Custeio dos Benefícios
6. Conheça seu Benefício de Assistência Médica
7. Conheça seu Benefício de Assistência Odontológica
8. Conheça seu Programa de Benefícios Medicamentos (PBM)
9. Modelo de Atendimento dos Benefícios
10. Gestão de Saúde Inteligente

1. INTRODUÇÃO

Prezado Funcionário,

Você está recebendo o resultado de um grande trabalho que busca oferecer uma política de saúde moderna, eficiente e que garanta a todos os integrantes da família Clube Atlético Paranaense, acesso aos melhores serviços de saúde de maneira inteligente e duradoura.

O cuidado com a saúde das pessoas é fundamental para nós e estamos dando um passo importante para sermos referência no cuidado com as pessoas. Um conceito de saúde moderno, com uma visão integral no cuidado das pessoas está no centro deste novo modelo. Você e sua família serão cuidados de maneira integral, com benefícios mais abrangentes e integrados, proporcionando um cuidado mais completo e eficaz na busca da melhor condição de saúde.

O nosso modelo e gestão dos benefícios em saúde é do próprio CAP e o mais importante para nós é que as pessoas estejam no centro deste modelo. O Clube se associará a operadoras de saúde parceiras de alta qualidade para lhe oferecer o melhor sistema de benefícios em saúde do País.

Seja bem vindo ao novo Sistema CAP de Saúde!

2. CONCEITO DO SISTEMA CAP DE SAÚDE

O sistema CAP de saúde tem como principal objetivo **melhorar a saúde e a qualidade de vida de seus funcionários e dependentes**. Neste sentido, é fundamental que nossos benefícios estejam alinhados com este objetivo.

O novo sistema de saúde está fundamentado no conceito de **Promoção de Saúde**, que vai além da prevenção das doenças. Neste modelo, todas as suas diretrizes são para favorecer a atenção primária em saúde, valorizar a relação profissional/paciente e principalmente **investir em educação para a saúde**. Sem forte investimento em educação para a saúde, não conseguiremos melhorar a qualidade de vida das pessoas.

É importante lembrar que ter um modelo de promoção de saúde não significa negligenciar a importância do monitoramento e tratamento das doenças existentes, muito pelo contrário. As pessoas terão acesso a toda a tecnologia e conhecimento científico disponível na medicina para o tratamento das doenças.

O modelo é simples. **Nosso foco é na sua saúde e não na doença**. Se você ficar doente, vamos disponibilizar os melhores recursos para que seu tratamento seja o mais rápido e eficiente possível. Em seguida voltaremos a focar na sua saúde, para que os períodos sem doença sejam cada vez mais longos e duradouros.

Este conceito também nos ajuda a construir um sistema de saúde economicamente viável e sustentável ao longo dos anos. A viabilidade financeira dos sistemas de saúde é um desafio que depende da conscientização de todos, empresa e usuários.

3. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os benefícios em saúde serão oferecidos à todos os funcionários do Clube Atlético Paranaense, após o término do período de experiência, de **modo compulsório** e com o **pagamento integral da mensalidade por parte do CAP**.

Os benefícios oferecidos estarão disponíveis para a **inclusão opcional de seus dependentes diretos**, sempre de acordo com as regras específicas de cada benefício. As inclusões ocorrerão mediante comprovação de vínculo por documentos públicos (certidão de casamento, declaração de união estável, certidão de nascimento).

Os dependentes poderão ser incluídos sempre no mesmo plano do titular. Consideramos **dependentes diretos os cônjuges, filhos, enteados e tutelados**, sempre de acordo com as regras específicas de cada operadora parceira.

Os beneficiários titulares poderão incluir seus dependentes em qualquer benefício e de modo facultativo, mas **sempre** na mesma opção de plano do titular.

4. QUAIS SÃO OS BENEFÍCIOS EM SAÚDE

Coerente com a visão integral de saúde, o conjunto dos benefícios disponibilizados pela empresa será completo, incluindo os planos de **assistência médica, odontológica e benefício medicamentos (PBM)**. Cada benefício terá sua regra de utilização e política de custeio específica.

5. POLÍTICA DE CUSTEIO DOS BENEFÍCIOS

O CAP custeará integralmente o valor das mensalidades dos benefícios de assistência médica, odontológica e medicamentos para todos os seus funcionários. Além disso, o Clube também custeará parte do valor das mensalidades dos dependentes, e o valor das coparticipações será de acordo com as regras específicas do sistema CAP de saúde.

Benefícios de Assistência Médica e Odontológica

Os funcionários **poderão** participar no custeio dos benefícios em três situações diferentes. No valor da mensalidade dos dependentes, no pagamento dos percentuais de coparticipação em consultas e exames (quando aplicável) e no valor da franquia para procedimentos cirúrgicos eletivos (quando aplicável). A participação do funcionário no custeio do benefício dependerá do tempo de empresa. Quanto **mais tempo na empresa menor a participação do funcionário**.

Programa de Benefício Medicamentos

O acesso ao benefício medicamentos será **custeado integralmente para titulares e dependentes diretos**. Os beneficiários irão pagar apenas o consumo dos remédios comprados para desconto em folha de pagamento no **limite máximo de R\$ 100,00 mensais por titular**.

Os percentuais de subsídio do CAP para os beneficiários dependentes estão demonstrados no quadro à seguir:

TEMPO/BENEFÍCIO	MÉDICO	ODONTOLÓGICO	MEDICAMENTOS
de 3 a 11 meses	0%	0%	100%
de 12 a 23 meses	30%	30%	100%
de 24 a 47 meses	50%	50%	100%
de 48 a 119 meses	70%	70%	100%
acima de 120 meses	100%	100%	100%

IMPORTANTE: O subsídio da empresa descrito acima é **válido apenas** para os dependentes incluídos no benefício há **mais de 12 meses**.

6. CONHEÇA O BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

O benefício de assistência médica disponibilizado pela empresa, e base para o cálculo do subsídio, terá as seguintes características:

- **Acomodação em enfermaria**
- **Coparticipação para consultas e exames**
- **Abrangência regional**
- **Atendimento exclusivamente em rede credenciada**
- **Cobertura para obstetrícia**

a) **Acomodação:**

O plano base do benefício médico é com acomodação em **enfermaria**. Porém **haverá** a possibilidade de **upgrade** para acomodação em **apartamento**, desde que o funcionário pague a diferença do valor do plano em relação ao plano base do benefício. O **upgrade** deve ser para **todo o grupo familiar**, titulares e dependentes.

O upgrade de acomodação **somente** poderá ocorrer no mês de aniversário do Contrato da operadora vigente.

b) Coparticipação:

Conceito fundamental na estratégia da maioria dos sistemas de saúde pelo mundo, a **coparticipação** em consultas e exames também faz parte do sistema CAP de saúde. Os percentuais serão variáveis de acordo com critérios de utilização, sempre valorizando os conceitos e premissas do modelo de saúde. O CAP vai lhe ajudar a custear a coparticipação.

c) Abrangência

A abrangência de cobertura do benefício médico é regional, cobrindo as áreas geográficas de Curitiba e Região Metropolitana e também do litoral do Paraná.

Os atendimentos necessários em casos comprovados de urgência e emergência tem abrangência de cobertura nacional.

d) Atendimento em Rede Credenciada

O benefício médico tem atendimento exclusivo em rede credenciada, não havendo a possibilidade de reembolso em caso de atendimento em serviços não pertencentes à rede credenciada da operadora parceira contratada.

e) Cobertura para Obstetrícia

O benefício médico base sempre terá cobertura de obstetrícia (parto) para beneficiárias titulares e dependentes.

7. CONHEÇA SEU BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

A **cobertura odontológica** é fundamental para o cuidado integral das pessoas e deve fazer parte da grade dos benefícios em saúde. A comprovada relação entre algumas doenças importantes como diabetes e hipertensão com a doença periodontal (inflamação da gengiva), faz do benefício odontológico parte estratégica no modelo de Promoção de Saúde.

Coerente com a visão integral e o modelo de Promoção de Saúde, a política de custeio dos benefícios odontológico e médico são rigorosamente iguais.

O benefício odontológico escolhido tem cobertura para 217 procedimentos, incluindo cobertura para documentação ortodôntica (obrigatória para a colocação de aparelhos), sendo 49 procedimentos a mais do que o **rol de procedimentos da ANS**.

Não haverá possibilidade **de upgrade** de plano, mesmo que o funcionário pague a diferença do valor.

8. CONHEÇA SEU PROGRAMA DE BENEFÍCIO MEDICAMENTOS (PBM)

O terceiro pilar no modelo de saúde é o **Programa de Benefício Medicamentos (PBM)**. O acesso ao remédio para o correto tratamento das doenças é fundamental para a saúde das pessoas e também para a gestão do sistema. As PBM's são empresas especializadas na gestão de medicamentos, sendo mais completas do que convênios farmácia.

Além de oferecer **descontos mínimos de 20%** na compra dos medicamentos, as PBM's são importantes aliados na gestão dos custos médicos assistenciais.

O cartão de identificação da PBM estará disponível à todos os beneficiários, titular e dependentes diretos, no aplicativo *ei, doutor!*.

Todos os funcionários terão um **crédito de R\$ 100,00**, exclusivo para a compra de medicamentos, para desconto em folha de pagamento.

9. FUNDAMENTOS DO MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

A Importância do Acesso ao Sistema

Um dos grandes problemas dos sistemas de saúde é a falta de organização no acesso ao mesmo. As pessoas buscam atendimento de acordo com percepções próprias de necessidade, resultando em realizar várias consultas com diferentes especialistas na busca de um diagnóstico. A cada consulta nova bateria de exames, consumindo recursos do sistema sem gerar resultado em saúde.

A rede credenciada de uma operadora de saúde pode oferecer uma quantidade de prestadores ampla demais para fazermos as nossas escolhas. Como buscar os melhores profissionais para cada necessidade de tratamento? Qual a melhor maneira de utilizar os serviços que estão a minha disposição?

Responder de maneira correta a estas perguntas é o melhor começo para termos um sistema de saúde eficiente.

O acesso ao Sistema CAP de Saúde **será hierarquizado**, onde cada beneficiário deverá ter um médico generalista, escolhido por ele entre as opções da rede credenciada da

operadora, para ser o seu médico de referência. É a este médico que você irá recorrer sempre que precisar.

Os médicos generalistas serão os **clínicos, pediatras, ginecologistas e cardiologistas** (quando necessário). Ao escolher o seu médico de referência, isto fará bem à sua saúde e ao seu bolso.

A hierarquização de atendimento **não significa restrição de acesso**, muito pelo contrário. Existe uma organização dos atendimentos e principalmente um maior cuidado com as pessoas.

Política de Coparticipação

O sistema CAP de saúde prevê a cobrança de coparticipação exclusivamente para consultas e exames. A **coparticipação será estratégica** e servir como fator de moderação de utilização e incentivo para engajamento no sistema de saúde CAP.

O percentual básico de coparticipação é **de 30%** do valor dos procedimentos elegíveis. Porém, de acordo com a participação de cada beneficiário, a coparticipação **poderá variar para menos ou para mais.**

Visando estimular a adesão dos beneficiários ao modelo de promoção de saúde e favorecer a relação profissional/paciente, o CAP subsidiará parte do valor da coparticipação dentro dos seguintes critérios:

- Caso o beneficiário determine o(s) seu(s) médico(s) generalista(s), o CAP pagará 50% do valor da coparticipação (ou seja, 15%) nas quatro primeiras consultas no período de 12 meses. Entre a quinta e oitava consulta o valor da coparticipação

será de 30%. Após a nona consulta, o beneficiário pagará 50% de coparticipação. Confira no quadro à seguir:

CONSULTAS/ANO	PERCENTUAL DE COPARTICIPAÇÃO	
	CLUBE	FUNCIONÁRIO
de 1 a 4 consultas	15%	15%
de 4 a 8 consultas	0%	30%
acima de 9 consultas	0%	50%

- O valor da coparticipação de todos os exames gerados na consulta seguem a regra das consultas descritas acima. Ou seja, 15% de coparticipação na consulta, todos os exames solicitados nesta consulta também serão 15% de coparticipação.
- As consultas realizadas em outras especialidades não definidas como generalistas, como dermatologia ou oftalmologia por exemplo, terão o subsídio da coparticipação dentro dos limites de consultas definidos acima.

IMPORTANTE: O CAP subsidiará 50% do valor da coparticipação das consultas e exames desde que realizadas nos médicos generalistas previamente definidos. Caso os beneficiários realizem consultas em outros médicos considerados generalistas ou não especifiquem seus médicos de referência, pagarão a coparticipação integral desde a primeira consulta, ou seja, 30%.

Política de Franquias

Visando organizar e racionalizar os custos em procedimentos cirúrgicos eletivos, poderá haver a cobrança de franquias para a realização de alguns procedimentos cirúrgicos. Quando elegível, o valor da **franquia será de R\$ 300,00 por cirurgia.**

O sistema CAP de saúde terá uma rede preferencial para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos. A rede preferencial tem critérios de qualidade e resolutividade médica, visando garantir a correta execução dos procedimentos e será estabelecida de acordo com o porte cirúrgico e especialidades médicas.

Dependendo do procedimento, poderá haver a **avaliação e anuência do Departamento Médico (DM) do CAP** além da autorização prévia da operadora para a realização de alguns procedimentos cirúrgicos eletivos.

Os procedimentos de **cirurgia bariátrica** obedecerão um protocolo clínico prévio, sendo sempre avaliados e planejados pelo DM do CAP. Haverá também a **franquia de R\$ 500,00** para os beneficiários **que não seguirem o protocolo** clínico.

O CAP possui um programa específico para acompanhamento das gestantes onde os procedimentos de **parto** deverão ser realizados preferencialmente no **Hospital N. S das Graças**. Caso o médico obstetra que acompanhe a gestante seja habilitado para fazer o parto no **Hospital N. S das Graças** mas realizarem o parto em outro Hospital pagarão **franquia de R\$300,00**, por parto. Participando do programa as gestantes ainda terão acesso a uma equipe de obstetras referenciados que não realizam a cobrança de qualquer taxa extra na realização do parto.

Os valores eventualmente cobrados como franquia para os procedimentos eletivos serão descontados em folha de pagamento, no limite de **R\$ 150,00 por mês**.

IMPORTANTE: NÃO será cobrada franquia para procedimentos cirúrgicos eletivos realizados na **rede preferencial**, bem como para **qualquer procedimento cirúrgico de urgência ou emergência**.

10. GESTÃO DE SAÚDE INTELIGENTE

Para que o sistema CAP de saúde possa existir, é preciso o apoio de uma complexa plataforma com sistemas integrados específicos especialmente desenvolvidos para a gestão em saúde.

A **Via Saúde**, consultoria especializada em saúde do CAP, fará toda a gestão do sistema e disponibilizará suas plataformas tecnológicas a disposição de todos os beneficiários.

A comunicação da política dos benefícios, o modelo de saúde entre outras informações estarão disponíveis no portal exclusivo cap.viasaude.net. O relacionamento com os beneficiários, os programas de educação para a saúde serão realizadas pelo aplicativo ***ei, doutor!*** e pelo blog especializado em informações em saúde através do domínio blog.eidoutor.com.

Além destes serviços, os beneficiários terão acesso ao cartão de identificação do Programa de Benefício Medicamento exclusivamente na plataforma ***ei, doutor!***.

PERGUNTAS FREQUENTES

1. Quais são os benefícios em saúde oferecidos pelo Clube?

RESP: No sistema CAP de Saúde serão 3 benefícios, o plano **médico**, o plano **odontológico** e o **benefício medicamentos**.

2. Quais são as operadoras de cada benefício?

RESP: O CAP escolheu as empresas líderes em seus segmentos. O plano Médico será com a **Unimed Curitiba**, o plano Odontológico com a **OdontoPrev** e o benefício Medicamento será com a **Vidalink**.

3. Qual é o meu plano médico?

RESP: O plano é o **Unimed Flex**, com abrangência regional e acomodação em enfermaria. Haverá a opção de upgrade para acomodação em apartamento, mas será possível somente no mês de aniversário do contrato. No caso da Unimed é o mês de Junho.

4. Qual o meu plano Odontológico?

RESP: O plano é o **Integral DOC da OdontoPrev**. Este plano oferece atendimento nacional e cobertura para 217 procedimentos odontológicos inclusive para documentação ortodôntica, que são exames prévios para avaliação da colocação do aparelho ortodôntico. Neste benefício não há a opção de upgrade.

5. Qual o meu benefício Medicamentos?

RESP: O plano é o **Vidalink Fácil**. Com este plano você pode comprar remédios com receita médica em qualquer farmácia credenciada Vidalink com desconto mínimo de 20% e ainda descontar até o valor de **R\$ 100,00 (cem reais) em folha de pagamento**. Caso sua compra ultrapasse este valor, você deverá pagar a diferença direto na farmácia. Para maior comodidade, a sua carteirinha da Vidalink estará disponível no seu aplicativo ***ei, doutor!***.

6. Quanto que terei que pagar pela mensalidade dos meus benefícios?

RESP: **Nada**. Para os funcionários, as mensalidades de todos os benefícios em saúde são pagas integralmente pelo CAP.

7. Quanto que terei que pagar pela mensalidade dos meus dependentes?

RESP: O pagamento das mensalidades dos dependentes irá variar de acordo com o tempo de empresa de cada funcionário, ou seja, **quanto mais tempo você trabalhar no CAP menos irá pagar pelos benefícios de seus dependentes**. Para funcionários com mais de 10 anos, por exemplo, o clube pagará o valor integral das mensalidades de seus dependentes incluídos no plano há mais de 1 (um) ano.

Confira o subsídio do Clube na tabela à seguir:

TEMPO/BENEFÍCIO	MÉDICO	ODONTOLÓGICO	MEDICAMENTOS
de 3 a 11 meses	0%	0%	100%
de 12 a 23 meses	30%	30%	100%
de 24 a 47 meses	50%	50%	100%
de 48 a 119 meses	70%	70%	100%
acima de 120 meses	100%	100%	100%

IMPORTANTE: O subsídio da empresa descrito acima **é válido apenas** para os dependentes incluídos no benefício há **mais de 12 meses**.

8. O que é o conceito do Sistema CAP de Saúde?

RESP: O conceito é de **Promoção da Saúde**. Neste modelo todas as regras e critérios visam a saúde e qualidade de vida das pessoas. Para isso, o clube contratou consultoria especializada que utilizará plataformas tecnológicas e conhecimento científico com o objetivo de cuidar de sua saúde.

Com ênfase **em educação para a saúde**, este modelo vai ajudar você e sua família a terem uma vida melhor e mais saudável.

9. Quais são os médicos chamados de Generalistas?

RESP: Os médicos Generalistas são os **clínicos, pediatras, ginecologistas e cardiologistas**. Eles conhecerão mais da sua saúde do que qualquer outro médico e são

estes médicos que você deverá recorrer sempre que precisar. **Quanto mais o médico conhecer de você e de sua saúde, mais efetivo ele será.** Valorizar o vínculo profissional/paciente é fundamental no Sistema CAP de Saúde.

10. Eu sou obrigado a escolher um médico Generalista?

RESP: As pessoas não são obrigadas a escolher um médico generalista, porém o Clube somente irá subsidiar a coparticipação das consultas nas especialidades consideradas generalistas, se realizadas pelos médicos escolhidos pelo beneficiário e dos exames por eles solicitados. **Se você quer ter mais saúde, comodidade e ainda pagar menos, é fundamental escolher seus médicos generalistas.**

11. Meus dependentes também poderão ter médicos Generalistas?

RESP: **Sim.** A escolha do médico generalista deve ser para todos os beneficiários, titulares e dependentes diretos.

12. Como devo escolher os médicos generalistas?

RESP: **A escolha do médicos generalistas é pessoal.** Encontre dentro da rede credenciada da operadora um médico que atenda aos seus critérios pessoais de qualidade. Caso tenha dúvidas, podemos lhe ajudar na escolha deste médico. Verifique os critérios para a escolha dos médicos generalistas:

- Clínicos: Médico(a) para homens e mulheres com mais de 15 anos.
- Pediatras: Médico(a) para crianças e adolescentes até 14 anos.
- Ginecologistas: Médico(a) para mulheres adultas e adolescentes a partir de 15 anos.
- Cardiologistas: Médico(a) para homens e mulheres com diagnóstico de hipertensão ou problemas cardíacos.

13. Onde informarei a escolha do médico generalista?

RESP: Você deverá informar a escolha do(s) seu(s) médico(a) na plataforma ***ei, doutor!***. Você receberá informações detalhadas de como cadastrar a sua escolha através do portal **cap.viasaude.net**. Consulte este portal sempre que precisar.

14. Como funciona a cobrança da coparticipação?

RESP: O valor eventualmente devido como a sua parte da coparticipação será **descontada em folha de pagamento** nos meses seguintes a realização da consulta de acordo com as informações enviadas pela operadora.

15. O que é a Franquia?

RESP: Franquia é um valor fixo que os beneficiários deverão pagar no caso de realizarem procedimentos cirúrgicos eletivos fora da rede preferencial e sem a autorização prévia do Clube. A franquia é uma forma de orientar nossos beneficiários a realizar os procedimentos cirúrgicos nos serviços credenciados com melhor resolutividade. O valor da franquia irá variar de **R\$ 300,00 no caso do parto**, até **R\$ 500,00 para cirurgias bariátricas**.

16. Pagarei franquia em todas as minhas cirurgias?

RESP: **Não**. A franquia somente será devida em alguns procedimentos eletivos que sejam realizados fora da rede preferencial. **Os procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência NÃO terão franquias**.

17. Onde eu posso consultar a rede preferencial?

RESP: Você pode consultar os procedimentos cirúrgicos que poderão ter franquia bem como a rede preferencial no portal **cap.viasaude.net**.

18. O que é a plataforma ***ei, doutor!***?

RESP: A plataforma ***ei, doutor!*** é um aplicativo especialmente desenvolvido com o objetivo de ajudar as pessoas a se cuidarem e terem uma vida mais saudável. O

aplicativo também pode auxiliar nas questões operacionais dos benefícios, como ajudar a escolher a melhor alternativa de atendimento dentro da rede credenciada de cada operadora. Pelo aplicativo você pode tirar dúvidas com uma equipe técnica formada por médicos e enfermeiros através do telefone, e-mail ou chat. O *ei, doutor!* é um verdadeiro “Personal” em saúde ao seu alcance.