

Manual do Cliente Empresa

Benefícios, facilidades e acesso simplificado.

Agência Okideias.com.

ANS - Nº 41.924-9

Plano
Santa Casa
Saúde

O plano que funciona quando você precisa.

Índice

Prezado(a) cliente,

este manual foi desenvolvido para oferecer orientações sobre os principais aspectos do contrato firmado bem como esclarecer as dúvidas mais frequentes sobre o plano adquirido.

Esperamos oferecer o melhor do nosso atendimento e **honrar a confiança ao nos escolher como Plano de Saúde de sua Empresa.**

Parte 1 - Plano empresarial

1 - Quem pode aderir ao plano?	3
2 - Documentos necessários	4
3 - Carências e cobertura parcial temporária	5
3.1 - Empresas com até 29 beneficiários	6
3.2 - Empresas com 30 beneficiários ou mais	6
4 - Atendimento de Urgência e Emergência - Sistema Abramge	7
5 - Mecanismo de regulação/autorização de guias	9
6 - Unidades de atendimento para autorização de guias	10
7 - Autorizador de guias online	11
8 - Reajustes de mensalidade	12
9 - Dicas para uso consciente do Plano	13
10 - Sinistralidade	16
11 - Relacionamento com cliente - empresarial	16
12 - Canais de atendimento ao beneficiário	16

Parte 2 - Portal financeiro

1 - Como acessar	18
2 - Tela Inicial	20
3 - Itens Financeiros	20
3.1 - Boleto	21
3.2 - Nota Fiscal	21
3.3 - Detalhamento da fatura	22
4 - Notificações	23

Parte 3 - Novo portal empresa

1 - Como acessar	25
2 - Tela Inicial	27
3 - Nova inclusão	27
4 - Preenchimento a Declaração de Saúde	30
5 - Beneficiários	33

Parte 4 - Declaração de Saúde

1 - Declaração de saúde	37
Telemedicina	38
Clube de Vantagens	39

Parte 1

Plano Empresarial



Plano Coletivo Empresarial

O Plano Coletivo Empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária. As regras para esta Contratação são definidas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) de acordo com a Regulamentação prevista na Lei 9.656/98.

1 - Quem pode aderir ao plano?

Titulares

- a) sócios da pessoa jurídica contratante;
- b) os administradores da pessoa jurídica contratante;
- c) os funcionários vinculados à empresa por relação empregatícia ou estatutária;
- d) os estagiários e menores aprendizes com relação empregatícia.

I Dependentes

- a) Cônjuge;
- b) Companheiro, havendo união estável na forma da lei sem eventual concorrência com o cônjuge;
- c) Os filhos adotivos ou não e enteados solteiros e menores de 21 anos incompletos;
- d) Os filhos adotivos ou não e enteados solteiros e menores de 24 anos incompletos, se estudantes em curso registrado no MEC (Ministério da Educação) mediante comprovação anual ou semestral conforme validade do documento;
- e) O menor que, por determinação judicial, se ache sob guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, mediante entrega à CONTRATADA de cópia de decisão judicial de guarda ou tutela;
- f) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, comprovadamente inválidos e sem rendimentos próprios ou aposentadoria.

II Dependentes: regra de aceitação de consanguíneos

- a) Cônjuge e companheiro(a) do titular;
- b) Filhos e enteados do titular, até 43 anos;
- c) Netos, irmãos e sobrinhos do titular (até 58 anos);
- d) Se o contrato tiver mais de 3 beneficiários, o(a) genro/nora do titular, de qualquer idade;
- e) Se o contrato tiver mais de 21 beneficiários, o(a) pai/mãe do titular, de qualquer idade;
- f) Se o contrato tiver mais de 21 beneficiários, o(a) sogro(a) do titular, de qualquer idade.

O ingresso do(s) dependente(s) dependerá da participação do beneficiário titular.

2 - Documentos necessários

Para inclusão de Funcionário:

- Ficha de Adesão
- RG
- CPF
- Cartão SUS
- Vínculo Empregatício
- Formulário de Declaração de Saúde

I - Para inclusão de Dependentes:

- RG
- CPF
- Cartão SUS
- Certidão de Nascimento
- Certidão de Casamento
- Formulário de Declaração de Saúde
- Ficha de adesão (igual a opção para inclusão de funcionário)

II - Para inclusão de Dependentes considerando a aceitação de consanguíneos.

ATENÇÃO PARA AS REGRAS REFERENTE A INCLUSÃO COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Cônjuge ou companheiro(a) do titular: caso a inclusão do dependente seja posterior ao do titular, deverá ser preenchido apenas o quadro correspondente ao beneficiário. O titular deverá assinar a DS em conjunto.

Filhos e enteados do titular, até 43 anos: (menor de 18 anos e/ou maior de 18 anos) caso a inclusão do dependente seja posterior ao do titular, deverá ser preenchido apenas o quadro correspondente ao beneficiário. O titular deverá assinar a DS em conjunto.

Netos, irmãos e sobrinhos do titular, até 58 anos: caso a inclusão do dependente seja posterior ao do titular, deverá ser preenchido apenas o quadro correspondente ao beneficiário. O titular deverá assinar a DS em conjunto.

Genro/nora do titular, de qualquer idade: caso a inclusão do dependente seja posterior ao do titular, deverá ser preenchido apenas o quadro correspondente ao beneficiário. O titular deverá assinar a DS em conjunto.

Pai/mãe do titular, de qualquer idade: caso a inclusão do dependente seja posterior ao do titular, deverá ser preenchido apenas o quadro correspondente ao beneficiário. O titular deverá assinar a DS em conjunto.

Sogro(a) do titular, de qualquer idade: caso a inclusão do dependente seja posterior ao do titular, deverá ser preenchido apenas o quadro correspondente ao beneficiário. O titular deverá assinar a DS em conjunto.

Obs: Quando se cadastrar um titular e um dependente, ambos usarão a mesma Ficha de Adesão, caso o funcionário já esteja incluso e for solicitar a inclusão de um dependente, deve-se preencher uma nova Ficha de Adesão, constando as informações do titular e do dependente.

Documentos para Exclusão de Funcionário e dependentes:

- Termo de Exclusão (Assinado pelo funcionário e pela empresa).

Documentos necessários para aderir ao Plano Continuidade:

- Termo de Exclusão
- 03 últimos Holerites
- Rescisão Contratual

Para toda inclusão com carência é obrigatório o preenchimento da Declaração de Saúde.



IMPORTANTE:

As conjunturas acima podem sofrer alterações mediante acordo entre as partes ou condições legais. Tais circunstâncias supracitadas estão expressas no instrumento contratual firmado entre as partes.

3 - Carências e cobertura parcial temporária

Durante o período de cumprimento da carência o beneficiário não tem direito a algumas coberturas. Os prazos de carência padrão utilizadas pela Santa Casa Saúde são:

24 (vinte e quatro) horas

Urgência e emergência e acidentes pessoais nos termos da lei;

30 (trinta) dias

Consultas clínicas, psiquiátricas, obstétricas, cirúrgicas, fisioterapia e exames básicos de diagnóstico;

180 (cento e oitenta) dias

Exames especiais, consulta/sessão de terapias, terapia ocupacional, nutricionista, fonoaudiologia e psicoterapia, hemodiálise e diálise peritonial - CAPD, quimioterapia ambulatorial, radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.), hemoterapia ambulatorial, remoções, internações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas e de desintoxicação;

300 (trezentos) dias

Partos a termo;

24 (vinte e quatro) meses

Doenças ou lesões preexistentes;



IMPORTANTE:

- Situações de urgência são casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações durante a gravidez e que necessitam de atenção imediata. O parto prematuro é considerado uma urgência.
- Já situações de emergência são aquelas que implicam risco imediato de morte ou lesões irreparáveis.
- A cobertura para urgência/ emergência é vigente a partir de 24 horas da contratação do plano.

3.1 - Empresas com até 29 beneficiários

Os beneficiários deverão cumprir os prazos de carências estabelecidos acima e cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

Obrigatório preenchimento da Declaração de Saúde e postagem no ato da solicitação de inclusão via Portal Empresa.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: É aquela de admite, por um período ininterrupto de até 24 meses a partir da data de contratação ou adesão ao plano, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

3.2 - Empresas com 30 beneficiários ou mais

Prazos para inclusões sem carências

Para que o funcionário ou dependente tenha direito da isenção do cumprimento de prazos de carências ou cobertura parcial temporária a inclusão do mesmo deve ser feita dentro dos prazos abaixo estipulados:

Inclusão inicial do contrato

Nos planos recém-contratados, os beneficiários deverão ser incluídos em até 30 dias da celebração do contrato.

Inclusões futuras

- Na admissão de novos funcionários²: funcionários recém-admitidos deverão ser inclusos em até 30 dias da sua admissão na empresa.
- Inclusão de recém-nascidos: filhos recém-nascidos deverão ser inclusos em até 30 dias do nascimento.
- Inclusão de cônjuge ou companheiros: cônjuges ou companheiros deverão ser inclusos em até 30 dias da data do casamento ou celebração de união estável.

IMPORTANTE:

Os beneficiários inclusos fora dos prazos acima definidos deverão cumprir os prazos de carências e cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

Caso o titular esteja em cumprimento de carências e ativo no plano há menos de 06 meses, será necessário o preenchimento da declaração de saúde do recém-nascido para que ocorra a absorção das carências remanescentes.

Caso o titular do plano esteja em cumprimento de carência, a regra dos 30 dias do casamento e/ou celebração da união estável não se aplica. Portanto será necessário o preenchimento da declaração de saúde do cônjuge para que ocorra a absorção das carências remanescentes.

Obrigatório preenchimento da Declaração de Saúde e postagem no ato da solicitação de inclusão via Portal Empresa.



4 - Atendimento de Urgência e Emergência - Sistema Abramge

Sistema abramge

Os beneficiários do Plano Santa Casa Saúde têm direito a prestação de serviços de urgência e emergência em trânsito, através do sistema Abramge, quando estiverem fora da área de abrangência geográfica do seu plano de saúde e existir hospital indicado para atendimento por uma das congêneres.

• Como usar e quais são as cidades com Sistema Abramge:

Atendimentos compreendidos no Sistema Abramge urgência e emergência em trânsito a serem oferecidos nos locais indicados:

- ✓ Atendimento de urgência e emergência e eventuais serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT) necessários, devidamente fundamentados pelo médico assistente;
- ✓ Internações clínicas ou cirúrgicas, quando houver indicações de risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis.

Em caso de necessidade de internação e/ou serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT) de alta complexidade, de acordo com a classificação no rol de procedimentos disciplinado pela ANS, é de responsabilidade da empresa prestadora de serviços a requisição de autorização junto à operadora. Caso não exista atendimento 24 (vinte e quatro) horas na operadora e o atendimento ocorrer no período noturno, em fins de semana ou feriados, os procedimentos necessários poderão ser realizados sem a autorização da operadora, que deverá ser contatada no primeiro dia útil após o atendimento.

Nos casos em que o atendimento evoluir para internação, a operadora deverá acompanhar/monitorar seu beneficiário, pois a empresa prestadora de serviços só terá a obrigação de pedir autorização para internação uma única vez e posteriormente deverá requerer autorização para todos os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT) de alta complexidade que ocorrerem durante a internação.

Consulte aqui o local de atendimento mais próximo de você através do link <https://abramge.com.br/regionais/>

• Documentos necessários na hora do atendimento:

- ✓ Cartão de identificação do plano de saúde (documento físico ou digital).
- ✓ Documento de identidade.
- ✓ Importante: verifique aqui se seu plano de saúde está associado ao sistema Abramge ou entre em contato pelo telefone 0800.722.7511.
- ✓ Beneficiário quando menor de idade devem ser apresentados certidão de nascimento, e o CPF da criança ou jovem e o RG/CPF da pessoa responsável.

- **Canais de atendimento 24 horas:**

Central de atendimento 24 horas pelo telefone 0800-722-7511.
Site com sistema de geolocalização e informações sobre saúde em trânsito
www.atendimentoabramge.com.br.

Aplicativo na nuvem com sistema de geolocalização que indica o local de atendimento mais próximo.

- **Baixe o app Abramge:**

Acesse o aplicativo do sistema Abramge e verifique os locais de atendimento mais próximos para os serviços de urgência e emergência em trânsito antes de viajar. Afinal de contas, é sempre importante estar preparado para caso ocorra algo fora da programação.

Baixe agora nas plataformas Googleplay e Appstore.



5 - Mecanismo de regulação/autorização de guias

Para a utilização dos serviços, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- Carteirinha do beneficiário.
- RG do beneficiário.
- Autorização Prévia, se for o caso, nos termos definidos no contrato, acompanhado do pedido médico.

Para todos os atendimentos eletivos garantidos, exceto consulta e exame simples, será necessária a autorização prévia da Santa Casa Saúde.

Para solicitação da autorização de exame especial, tratamento complementar e cirurgia é necessário a apresentação do pedido médico, emitido por médico credenciado ou não, assinado e com CID.

IMPORTANTE: A Santa Casa Saúde não realiza reembolso ao beneficiário.



6 - Unidades de atendimento para autorização de guias

São José dos Campos

Av. Dr. João Guilhermino, 465 - Centro

Jacareí

Rua Floriano Peixoto, 281 - Centro

Taubaté

Av. Charles Schnneider, 395 - Pq. Senhor do Bonfim

Taubaté Unidade II

Rua XV de Novembro, 483 - Centro (Esquina com rua Jacques Felix)

Pindamonhangaba

Av. Cel. Fernando Prestes, 25 - Centro

Guaratinguetá

Rua José Bonifácio, 241 - Centro

Cruzeiro

Rua Capitão Avelino Bastos, 1075 - Centro

Caragatatuba

Rua São José dos Campos, 25 - Centro

São Sebastião

Rua Duque de Caxias, 188 - Sala 10 - Shopping Fama

7 - Autorizador de guias online

Para maior comodidade e facilidade o beneficiário poderá autorizar seus pedidos médicos online, através do aplicativo da Santa Casa Saúde e presencialmente em nossas unidades administrativas.



IMPORTANTE:

Ao acessar o Autorizador de Guias você terá acesso a um formulário, que deverá ser preenchido todas as informações, pois é de suma importância para assertividade e rapidez no processo.

Os campos **“Já escolheu o local?”** e **“Se sim, onde?”**, são muito importantes de serem preenchidos. Aqui você nos informa onde deseja ser atendido.

Se o campo estiver em branco, vamos direcionar para o local com maior disponibilidade. Não se esqueça de anexar imagens nítidas da carteirinha e do pedido médico no campo **“Anexos”**.



**Aproveite
as vantagens**
do seu plano na
palma da mão

LEIA O QR COM
A CÂMERA DO
SEU CELULAR
E BAIXE AGORA



8 - Reajustes de mensalidade

O reajuste do plano de saúde pode ocorrer em 2 momentos.

1 - Quando o beneficiário completar uma idade que ultrapasse o limite da faixa etária na qual se encontrava antes, conhecido como "reajuste por mudança de faixa etária".

2 - Anualmente, no mês do aniversário contratual.

O reajuste de mensalidade é imprescindível para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do Contrato Empresarial, tanto para fazer frente à correção monetária do período, prevenir possíveis desequilíbrios decorrentes de variações de custos assistenciais e/ou da frequência de utilização, bem como novas tecnologias médicas incorporadas e ampliadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Empresas com até 29 beneficiários

A ANS publicou a Resolução Normativa nº 565/2022, determinando que as operadoras apliquem um único índice de reajuste para todos os contratos de planos coletivos com até 29 beneficiários. O objetivo da medida, que começa a valer para os reajustes aplicados a partir de maio de 2013, determina que todos os contratos de pessoa jurídica, presentes na operadora, que possuem menos de 30 participantes, deverão ser reagrupados com a finalidade de se efetuar um percentual único de reajuste anual. Isto significa que o reajuste não é baseado em negociação individual mas sim a partir da análise do grupo, adotando-se um único índice para todas as empresas envolvidas e este é aplicado automaticamente no mês de aniversário contratual.

Empresas com 30 beneficiários ou mais

O reajuste dos planos coletivos com mais de 30 beneficiários não é definido pela ANS, uma vez que o índice é determinado a partir da negociação entre a pessoa jurídica contratante e a Operadora.

Para essa negociação é considerado o resultado financeiro do contrato a partir da análise da Sinistralidade. A aplicação do reajuste anual deverá acontecer a cada aniversário contratual.

IMPORTANTE: As conjunturas acima podem sofrer alterações mediante acordo entre as partes ou condições legais. Tais circunstâncias supracitadas estão expressas no instrumento contratual firmado entre as partes.



9 - Dicas para uso consciente do Plano

O Plano Santa Casa Saúde deseja cuidar de você por muito tempo, por isso apresentamos 10 dicas importantes para o bem da sua saúde e continuidade dos benefícios que o seu plano lhe proporciona.

O objetivo é orientá-los como usar o plano da melhor forma e que possa contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida. Invista em você e na prevenção de doenças! Pequenas atitudes podem fazer a diferença!

10

TOP DICAS



01

AGENDAMENTO DE CONSULTAS

Marque sua consulta com antecedência e se não puder comparecer também desmarque com antecedência para que outro paciente possa se beneficiar.

02

EXAMES E RECEITAS

Guarde-os e sempre os leve nas consultas.

Numa pasta ou mesmo no celular eles devem ser mostrados ao seu médico.

03

PREPARE-SE PARA A CONSULTA

Leve todas as suas perguntas, dúvidas, exames e as receitas anteriores, pois assim você ajuda no raciocínio do médico, facilita o diagnóstico e o início do tratamento.

04

CONFIE NO SEU MÉDICO

Tenha um médico de confiança e procure-o sempre que precisar. Conhecendo seu histórico, ele pode fazer diagnósticos mais precisos.

Não troque de especialista a todo o momento. Isso poderá confundir seu diagnóstico, além de fazê-lo repetir procedimentos já realizados, elevando os custos de seu plano e de sua coparticipação.

05

DIAGNÓSTICO

Ao término da consulta esclareça bem com o seu médico qual ou quais são seus diagnósticos, afinal quando lhe perguntarem qual a doença que você faz tratamento você precisa informar corretamente. Isso é muito importante, pois pode ajudar muito em situações de urgência/emergência. Informe também sua família sobre os seus diagnósticos.

06

MEDICAMENTOS

Somente tome medicamentos prescritos por médicos e decore o nome deles e a dosagem, afinal, isso pode fazer a diferença se você for atendido na urgência/emergência, pois essa informação pode salvar sua vida.

07

PRONTO SOCORRO

O Pronto Socorro é uma unidade de saúde destinada ao atendimento imediato das pessoas que apresentam risco de vida.

Sua ida ao Pronto Socorro sem necessidade causa transtornos no atendimento médico e prejudica as pessoas que realmente precisam de suporte imediato ou que se encontram em risco de vida; O atendimento de consultas de rotina deve ser feito nos ambulatórios, clínicas e consultórios credenciados.



Quando ir ao Pronto Socorro?

Dor no peito de aparecimento súbito (hipertensos e cardíacos);

Palidez - Suor frio - Desmaio - Perda da consciência;

Dor de cabeça intensa;

Hipertensão arterial - Pressão alta (dor na nuca/visão turva);

Bronquite/asma/falta de ar;

Dor abdominal intensa;

Diarréia e vômitos persistentes;

Ferimentos (corto-contuso) com sangramento;

Traumas/fraturas/entorses/luxações; Sangramentos (hemorragias);

Crise convulsiva (ataque);

Febre alta que não responde a antitérmicos;

Alergia de aparecimento súbito; Queimaduras;

Diabetes descompensada (hiperglicemia/hipoglicemia).



Quando não ir ao Pronto Socorro?

Consultas de rotina; Pegar atestados médicos;
Pegar ou trocar receitas médicas e guias de exame;
Conversar com médicos e profissionais de plantão; Medir pressão arterial;
Consultas com especialistas - (cardiologista, geriatra, oftalmologista,
dermatologista, cirurgião);
Teste de gravidez;
Tomar vacinas.

08

SESSÕES/TERAPIAS

Alguns procedimentos são autorizados por sessão, como: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição, Acupuntura, etc. Esses procedimentos precisam do encaminhamento do seu médico após diagnóstico e avaliação da necessidade. Nunca assine todas as sessões ao mesmo tempo. Assine e date no dia e horário que realizar o procedimento.

09

CHECK UP

Faça o seu regulamente. Previna o aparecimento de doenças. Importante hábito anual, procurar seu médico para falar sobre sua vida, mesmo não apresentando sintomas, pois na sua história de vida e nos seus hábitos podem se esconder riscos e chance do surgimento de doenças que, muitas vezes, cursam silenciosamente.

10

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Procure a Medicina Preventiva para fazer seu planejamento em saúde e qualidade de vida e siga-o regularmente. Lá você vai encontrar uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde especializados em promover sua saúde, prevenir e controlar doenças crônicas.

10 - Sinistralidade

Sinistralidade é medida somando-se todos os sinistros, ou seja, todas as consultas, exames, procedimentos e medicamentos utilizados pelos beneficiários.

Essa soma é dividida pelo valor do prêmio pago, chegando-se a um percentual. Esse resultado é considerado para análise de viabilidade, índice de reajustes e renovações contratuais.

A margem técnica estabelecida pela operadora Santa Casa Saúde e assim a sinistralidade mínima esperada é de 70%.

Para manutenção e equilíbrio financeiro do contrato é de grande importância o acompanhamento da sinistralidade de sua empresa.



IMPORTANTE:

Solicite sempre que necessário ao analista de relacionamento com cliente, o relatório de sinistralidade de sua empresa.

11 - Relacionamento com cliente - empresarial

Relacionamento empresarial

Temos um atendimento exclusivo para o RH ou Representante legal da empresa.

Para atendimento personalizado e especializado em contas PJ, entre em contato por meio dos canais abaixo:

Para empresas com até 29 vidas

Contatos: (12) 3876-9620

scs_empresarial@santacasasaudesjc.com.br

Whatsapp (12) 3876-9600

Para empresas com mais de 30 vidas

Contatos: (12) 3876-9604

relacionamento.empresa2@santacasasaudesjc.com.br

Whatsapp (12) 3876-9600

12 - Canais de atendimento ao beneficiário

Primeira instância

(12) 3876-9600 - Opção 1

www.planosantacasasaude.com

Segunda instância / Ouvidoria

ouvidoria@santacasasaudesjc.com.br

Atenção: para ouvidoria é necessário ter protocolo de atendimento de primeira instância.

Parte 2

Portal Financeiro



1 - Como acessar

1 - Acesse o site www.planosantacasasaude.com.



2 - Clique sobre o ícone **SOU CLIENTE** para acessar o site do Beneficiário.

3 - Agora clique sobre **PORTAIS**, no menu superior do site.



4 - Clique sobre **Portal empresa**.



5 - Clique sobre o ícone da opção **Portal Financeiro**.

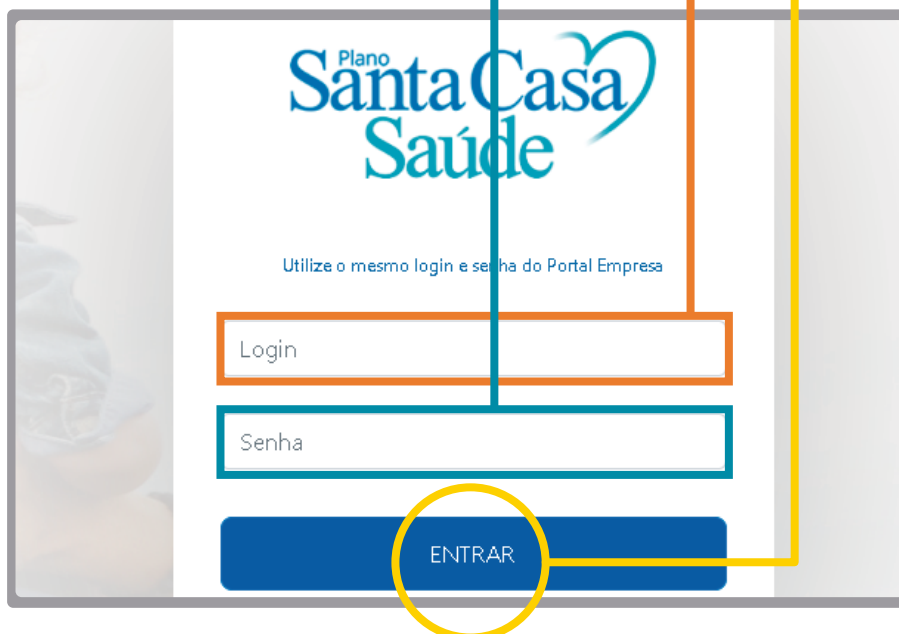


6 - Para acessar o sistema informe o login e senha.

A. Informe o **código da empresa** no campo Login.

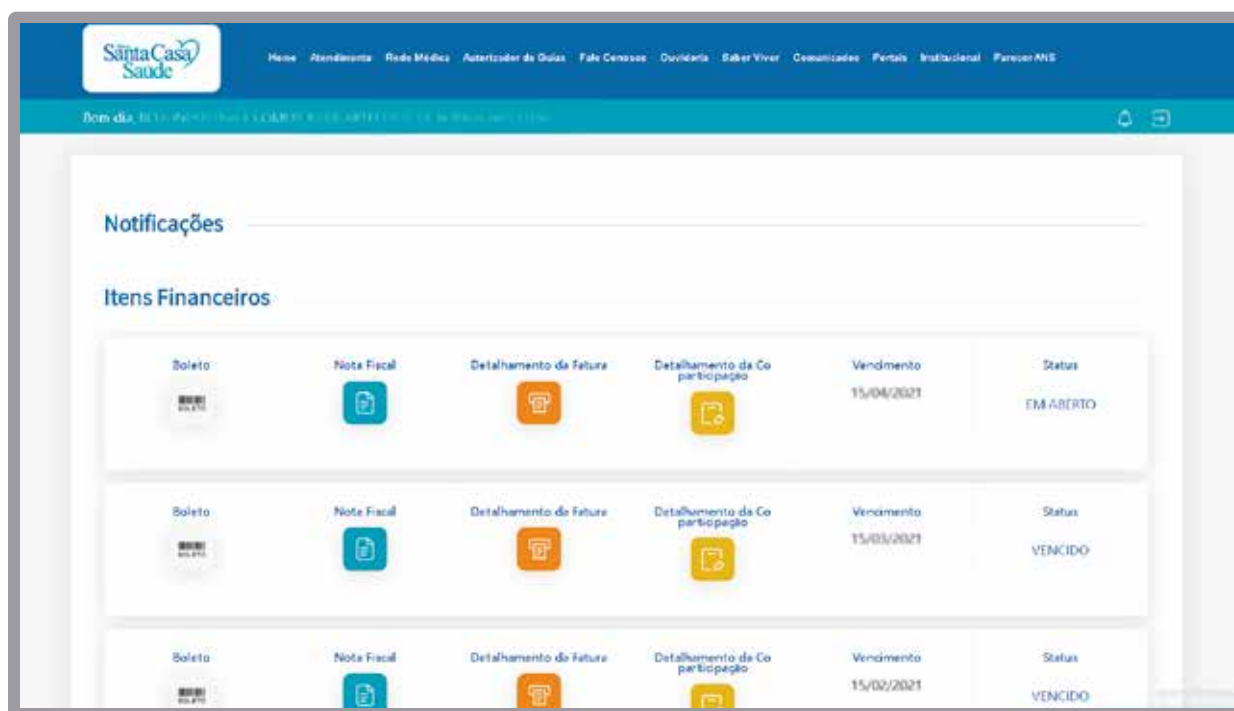
B. A senha inicial é o **CNPJ da empresa**.

C. Agora clique em **Entrar**.



2 - Tela Inicial

Contém informações atuais e últimas divulgações do **Plano Santa Casa Saúde** com assuntos e avisos importantes a empresa e aos beneficiários.



3 - Itens Financeiros

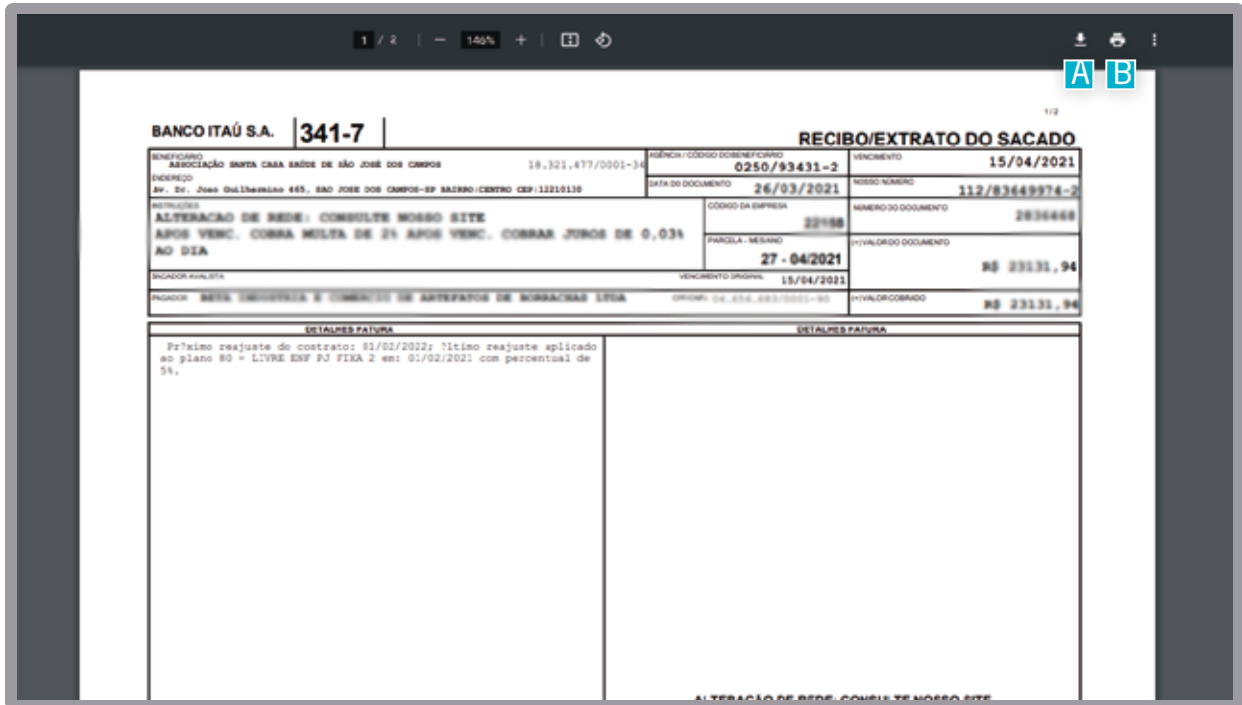
Você terá acesso ao **Boletão**, **Nota Fiscal**, **Detalhamento completo da fatura** e **Detalhamento da coparticipação** (em Excel e PDF).

Basta clicar no ícone do item desejado e realizar o download do arquivo.



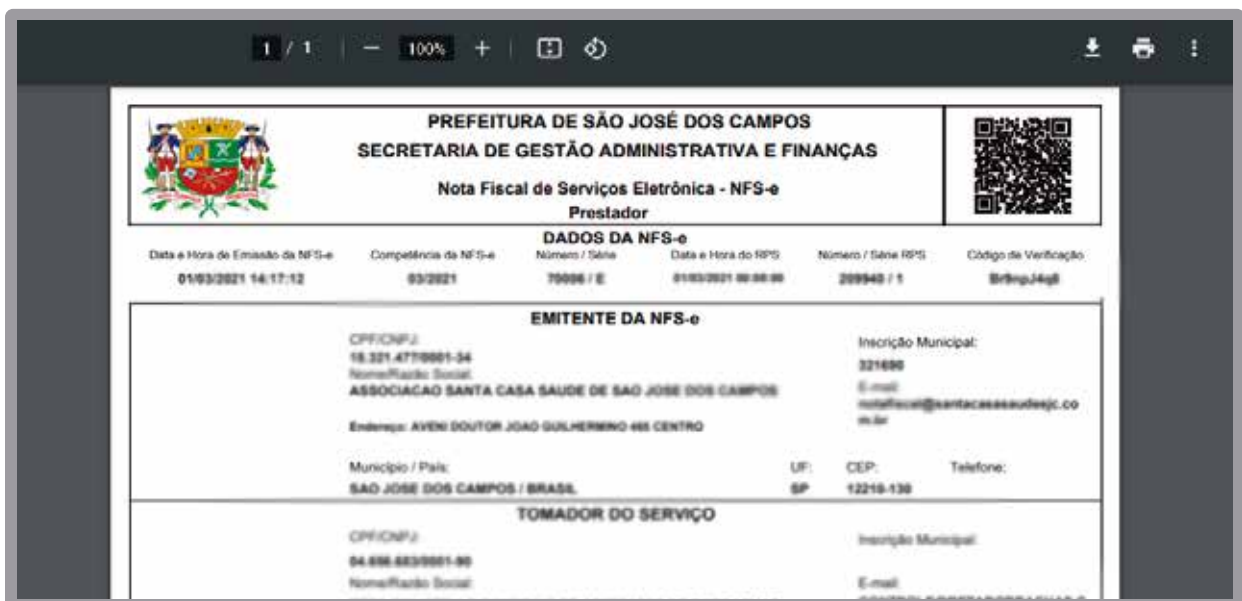
3.1 - Boleto

O arquivo poderá ser salvo em PDF ou impresso. Clicando no item do lado direito no canto superior da tela. Sendo [A] para realizar o download do documento, ou [B] para realizar a impressão do mesmo.



3.2 - Nota Fiscal

As notas assim que emitidas, estarão disponíveis para Download em PDF ou poderá ser impressa, clicando no item do lado direito no canto superior da tela.

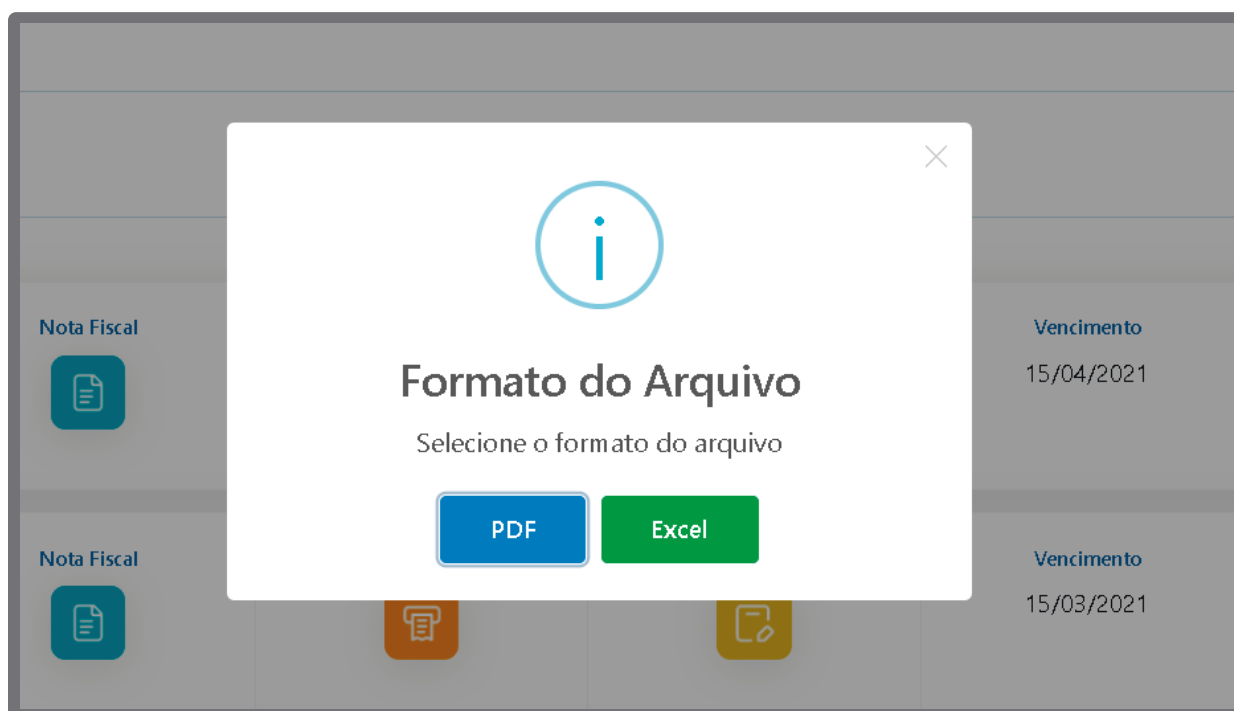




IMPORTANTE: As Notas continuam sendo enviadas via e-mail, por isso é muito importante que o mesmo esteja cadastrado corretamente. Caso não haja o recebimento por e-mail, é possível a emissão pelo Portal Financeiro.

3.3 - Detalhamento da fatura

Basta clicar no item desejado, escolher o Formato do Arquivo. Em seguida será feito o download de forma automática.



IMPORTANTE: Na Coluna "Status" irá conter a situação financeira daquele determinado mês de competência. Sendo assim:

Pago: baixa total na fatura;

Vencido: fatura em aberto após o vencimento;

Em aberto: faturamento que irá vencer;

Pago parcial: pagamento de forma parcial, contendo valores em aberto;

Mensalidade Repactuada: prorrogação do boleto;

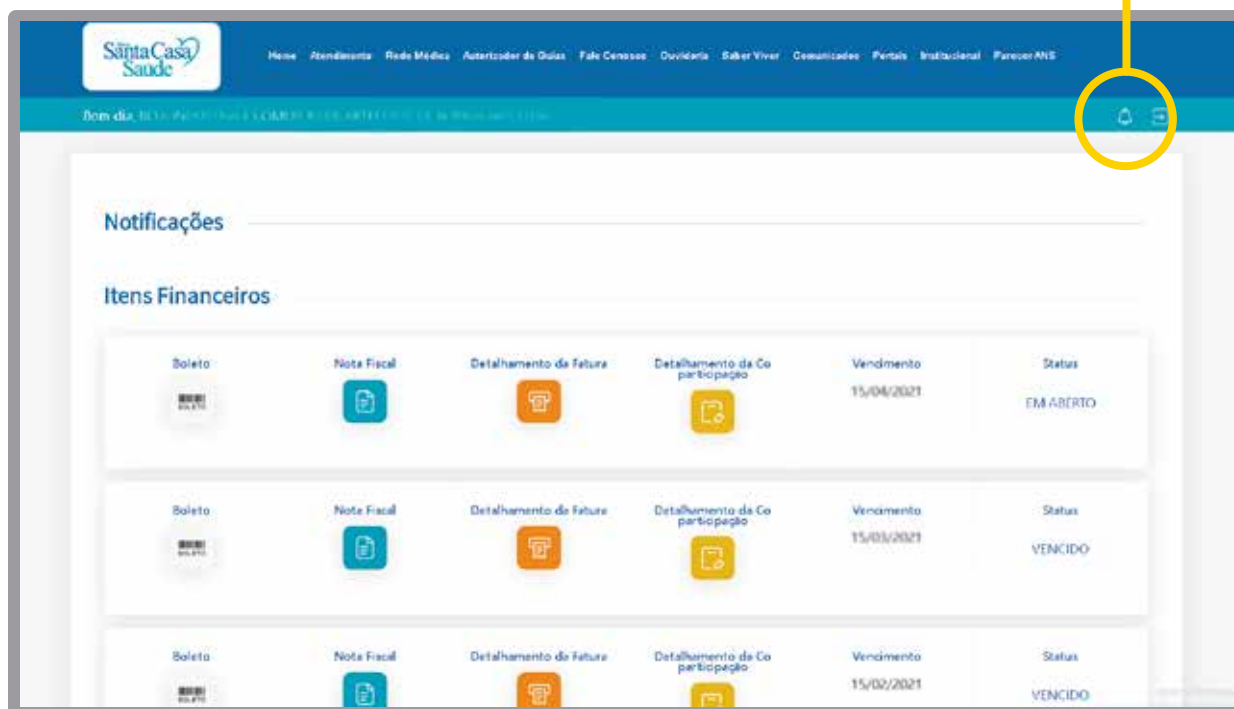
Repactuação Repactuada: acordo financeiro da mensalidade já prorrogada;

Repactuação Aberto: acordo financeiro que irá vencer;

Repactuação Vencido: acordo financeiro não honrado.

4 - Notificações

Ao lado direito no canto superior da tela, existe o **ícone com um sino**.



Esse ícone irá indicar as novas notificações de sua conta. Clicando sobre ele você terá acesso ao histórico de notificações vinculados à conta.



Em cada notificação o usuário poderá rever a listagem que será mantida por um determinado tempo.

Esse manual visa facilitar o processo financeiro, tornando a comunicação fácil, rápida e segura. Disponibilizamos para a empresa informações financeiras, tais como: boletos, detalhamento de faturas nas versões em PDF e Excel, Nota Fiscal, assim como visualizar o Status Financeiro de cada competência.

O acesso à plataforma está disponível na versão WEB (acesso no computador) e MOBILE (acesso no celular/smartphone).

Parte 3

Novo Portal Empresa



1 - Como acessar

1 - Acesse o site www.planosantacasasaude.com.



2 - Clique sobre o ícone **SOU CLIENTE** para acessar o site do Beneficiário.

3 - Agora clique sobre **PORTAIS**, no menu superior do site.



4 - Clique sobre **Portal empresa**.



5 - Clique sobre o ícone da opção **Novo portal empresa**.



6 - Para acessar o sistema informe o login e senha.

A. Informe o **CNPJ cadastrado**.

B. A **Senha cadastrada**.

C. Agora clique em **Entrar**.



IMPORTANTE: Caso não saiba seu login e senha, entre em contato através do telefone (12) 3876-9620 ou consulte o(a) analista responsável pelo seu contrato.



2 - Tela Inicial

É possível acessar as principais funcionalidades como Minha conta, Nova inclusão, Beneficiários, Solicitações de Movimentações Cadastrais e Sair, onde em cada acesso você poderá realizar as seguintes ações:

Minha Conta:

Aba Perfil: Contém informações atuais sobre os dados da empresa, como Razão Social, CNPJ, N° do contato e N° de vidas.

Aba Altere sua senha: Campo destinado para atualização da senha de acesso ao portal.

3 - Nova inclusão

Destinado a nova inclusão do titular e/ou grupo familiar.

Obs.: Atentar-se quanto ao preenchimento de todos os campos com asterisco (*).



IMPORTANTE: A data inserida no campo "início em" deverá ser a data de vigência do beneficiário. Consulte a sua data de fechamento de fatura para previsão da cobrança pro rata.

Método de assinatura dos documentos: Campo destinado referente a opção da assinatura do formulário gerado ao final do processo.

Método digital: será disparado um e-mail para assinatura da empresa após análise das áreas competentes. Uma vez finalizado as assinaturas, a movimentação retorna para o cadastro imputar as informações no sistema.

Método manual: após as análises das áreas competentes, o formulário deverá ser impresso para coletar as assinaturas, uma vez digitalizado e anexado no portal, a movimentação retorna para o cadastro imputar as informações no sistema.

Ao término do preenchimento clique em **próxima página**.

Nesta próxima etapa é necessário preencher todos os campos com o asterisco (*), referente aos dados do endereço residencial do beneficiário.

Campos de anexos: ao longo do processo serão solicitados os anexos dos documentos comprobatórios, neste caso, segue orientação para as inclusões com método de assinatura manual e digital.

Método digital: deverá ser anexado os comprovantes individualmente em seus respectivos campos comprobatórios.

Método manual: neste caso os documentos podem ser anexados individualmente em seus respectivos campos comprobatórios ou ser anexado em único arquivo ao final de todo o processo da movimentação.

Ao término do preenchimento, clique em **próxima página**.

Preencher os próximos campos com asterisco (*), referente aos dados do titular.

Tipo de inclusão do titular: nesta etapa serão ofertados três tipos de inclusões, sendo elas:

Inclusão padrão: refere-se a inclusão normal, onde não serão realizadas análises de portabilidade e/ou migração.

Portabilidade: direito que o beneficiário tem de trocar de plano de saúde e operadora, sem o cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária - CPT. Ao optar por essa inclusão, será necessário anexar os documentos comprobatórios (carta de permanência e pesquisa de compatibilidade da ANS).

Migração: cenário onde o beneficiário transita de um plano pessoa física para pessoa jurídica, ou vice-versa, porém dentro da Santa Casa Saúde. Ao optar por essa inclusão, será necessário anexar os documentos comprobatórios (carta de permanência da Santa Casa ou foto da carteirinha atual).

Ao término do processo, clique em **próxima página**.

Tipo de inclusão de dependentes: para inclusão dos dependentes, selecione a quantidade de beneficiários e preencha todos os campos com asterisco (*).

O nome do representante da empresa e CPF do representante da empresa, referem-se a pessoa que assinará os formulários para inclusão e/ou exclusão de acordo com o e-mail cadastrado.

No campo denominado como **Arquivos Anexados para Análise**, caso tenha sido optado pelo método de assinatura manual, você deverá anexar todos os documentos comprobatórios em seus campos correspondentes, caso não tenha sido feito, é imprescindível tais evidências (documentos e ficha de movimentação) sejam anexadas no campo citado.

Ao final do processo clique em **Salvar**.

Finalizado o processo, a página evidenciará o registro da movimentação no sistema.

A página seguinte contemplará todos os dados da movimentação preenchida, orientado que faça uma breve revisão dos dados para saber se estão de acordo. Tendo necessidade de correção, clique na opção "editar dados":

Caso necessário, você poderá cancelar a movimentação clicando no campo citado abaixo:

Registro de inclusão de Dependentes foi criado.

ID Solicitação: 114277
Status Grupo Familiar/Dependentes: PENDENTE - ANÁLISE DE DADOS E COMPROVANTES
Contrato: 02354
Tipo de Inclusão: inclusão Programada
Cód. do Plano: 00

ENDEREÇO RESIDENCIAL

CEP: _____
Endereço residencial: _____
Número: _____
Complemento: _____
Bairro: _____
Cidade: _____

Editar Dados
Link para DS
Baixar Ficha de Inclusão
Envio para análise da Operadora
Consultar Status
CANCELAR Movimentação

Etapa importante:

ID - Nº de rastreio gerado para aquela a movimentação realizada.

Status Grupo Familiar - Informação do status das movimentações, conforme a seguir:

- Pendente - Declaração de Saúde - pendente o preenchimento da DS para seguir com o processo de análise da Operadora ou quando já está preenchida e está sendo analisada pela Auditoria Médica;
- Pendente - Aguardando Assinatura da Ficha de Inclusão - pendente aguardando assinatura do formulário;
- Pendente - Enviado para Operadora - pendente de análise do setor de cadastro (prazo 48h);
- Pendente - Análise de Dados e Comprovantes - Pendente de análise do setor de cadastro para posterior assinatura dos formulários;
- Correção - Movimentação sinalizada pelo setor de cadastro com alguma divergência, desta forma a empresa deverá realizar a correção para seguirmos com o processo;

Você deverá sinalizar que as correções estão prontas afim de que os documentos sejam reenviados para análise do cadastro.



As correções estão prontas? *

NÃO. Aguardar mais alterações.

SIM. Reenviar documentos para análise.

- Aprovado - Movimentação atendida com sucesso;
- Recusado - Movimentação cancelada em sistema.

Quando a inclusão for realizada fora dos prazos estipulados em contrato para inclusão sem carência, o beneficiário em questão, deverá preencher a **Declaração de Saúde (DS)**, uma vez que serão aplicadas as carências à serem cumpridas.

Para essas inclusões serão sinalizados no campo **Status Grupo Familiar** a informação: **Pendente - Declaração de Saúde:**

Um link será enviado ao e-mail do beneficiário para o devido preenchimento da declaração de saúde, para esta etapa, independente da escolha do método da assinatura, o preenchimento da DS só pode ser realizado de forma eletrônica, já a sua assinatura poderá ser manual ou digital.

4 - Preenchimento da Declaração de Saúde:

Na tela inicial o beneficiário receberá algumas informações, sendo necessário clicar no campo **Estou ciente** para seguir com o processo.

Dando sequência ao processo, disponibilizaremos mais instruções para o preenchimento do questionário, orientamos que faça a leitura das informações com atenção.

Quadro I - Preencher todos os 25 questionários.

Importante: caso o titular identifique que ele ou seu dependente possuem alguma patologia, deverá ser selecionado a pessoa e especificar qual a patologia.

1. Doenças Aparelho Circulatório
pressão alta, angina (dor no peito), infarto, sopro cardíaco, má formação, arritmias, varizes, flebites, cirurgias cardíacas.

Titular Dependente 1

Especificação (Titular) *

Pressão Alta [I10] Angina (dor no peito) [I20] Infarto [I21] Sopro cardíaco [R01] Má formação [Q20.9] Arritmias [I49.9]

Varizes (lado esquerdo) [I83] Varizes (lado direito) [I83] Flebites (lado esquerdo) [I80] Flebites (lado direito) [I80] Cirurgia cardíaca [I97]

Doença reumática [I05] Embolia pulmonar [I26] Pressão Baixa (Hipotensão) [I95] Insuficiência Cardíaca [I50]

Embolia ou Trombose [I74.5] Aneurisma [I72.9] Doença aterosclerótica do coração [I25.1]

Febre reumática com comprometimento do coração [I01] Enfisema Pulmonar [J43] Presença de prótese de válvula cardíaca [Z95.2]

Comunicação interatrial [Q 21.1]

1. Doenças Aparelho Circulatório
pressão alta, angina (dor no peito), infarto, sopro cardíaco, má formação, arritmias, varizes, flebites, cirurgias cardíacas.

Titular Dependente 1

Especificação (Dependente 1) *

Pressão Alta [I10] Angina (dor no peito) [I20] Infarto [I21] Sopro cardíaco [R01] Má formação [Q20.9] Arritmias [I49.9]

Varizes (lado esquerdo) [I83] Varizes (lado direito) [I83] Flebites (lado esquerdo) [I80] Flebites (lado direito) [I80] Cirurgia cardíaca [I97]

Doença reumática [I05] Embolia pulmonar [I26] Pressão Baixa (Hipotensão) [I95] Insuficiência Cardíaca [I50]

Embolia ou Trombose [I74.5] Aneurisma [I72.9] Doença aterosclerótica do coração [I25.1]

Febre reumática com comprometimento do coração [I01] Enfisema Pulmonar [J43] Presença de prótese de válvula cardíaca [Z95.2]

Comunicação interatrial [Q 21.1]

Quadro II - Preencher todos os campos com asterisco (*):

QUADRO II - ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

Fórmula de Cálculo IMC: divide-se o peso do paciente pela sua altura elevada ao quadrado. Considerando definição da OMS (Organização Mundial de saúde): Obesidade grau 1: IMC entre 30.0 - 34.9, Obesidade grau 2: IMC entre 35.0 - 39.9, Obesidade grau 3 ou obesidade mórbida: IMC igual ou superior 40.

Peso do Titular (kg) * - Selecione - ▾	Altura do Titular (cm) * - Selecione - ▾
Tem obesidade? (Titular) * - Selecione - ▾	Faz tratamento para obesidade? (Titular) * - Selecione - ▾
Peso do Dep. 1 (kg) * - Selecione - ▾	Altura do Dep. 1 (cm) * - Selecione - ▾
Tem obesidade? (Dependente 1) * - Selecione - ▾	Faz tratamento para obesidade? (Dependente 1) * - Selecione - ▾

Quadro III - Caso o beneficiário possua algum esclarecimento complementar referente a alguma patologia assinalada utilize o campo abaixo:

QUADRO III - ESCLARECIMENTOS COMPLEMENTARES

Caso a resposta para alguma das questões anteriores tenha sido SIM (ticado) ou caso possua qualquer outra doença que não se encontra listada no quadro I, detalhe aqui a razão dela (data, tratamento, quadro atual, e tudo mais que julgar importante). Este campo também pode ser utilizado para comentários ou informações adicionais que se fizerem necessários

TESTE FILHO - Angina (dor no peito) [120]

Quadro VI - Caso o beneficiário apresente dificuldades com o preenchimento da DS, o mesmo poderá optar por ter auxílio de um médico da OPS, para tanto basta clicar em **Quero agendar um preenchimento com o médico credenciado do Plano Santa Casa Saúde!**

QUADRO IV - ENTREVISTA QUALIFICADA

Você tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela Operadora. Caso deseje utilizar este serviço, solicite no link abaixo um horário para realizar uma Entrevista Qualificada onde poderá preencher esta Declaração de Saúde junto ao médico escolhido.

[Quero agendar um preenchimento com médico credenciado do Plano Santa Casa Saúde!](#)

Há também a opção de ser orientado por um médico de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade (RN 162/07, art. 10, III). Neste caso, preencha esta Declaração junto ao seu médico e marque a opção 3 abaixo. É necessário informar um endereço de E-mail do médico para assinatura digital deste documento, assim como o Nome Completo e CRM."

1. Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, optei por não fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.

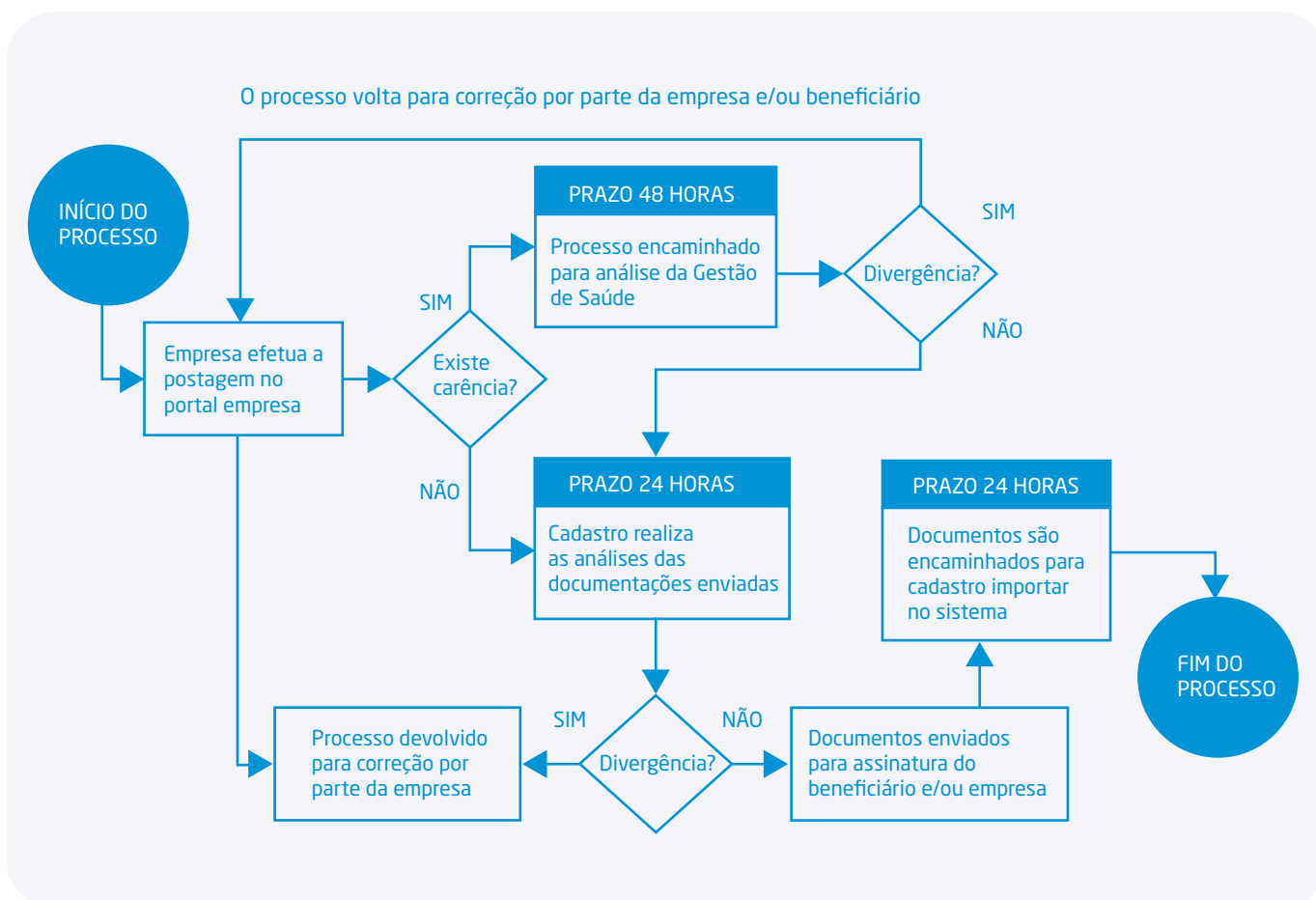
2. Declaro que fui orientado por médico credenciado do Plano Santa Casa Saúde, no preenchimento desta Declaração de Saúde.

3. Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento desta Declaração de Saúde.

Quadro V - Esta etapa será preenchida automaticamente pelo sistema. Na tela abaixo, serão apresentados a análise final referente as respostas informadas na DS, orientamos que faça uma revisão com cuidado e posteriormente clique em **Enviar**.

Importante: o envio do link da declaração de saúde é automático e a assinatura deverá ser realizada pela plataforma D4Sing (caso seja selecionado a opção de assinatura digital), totalmente gratuita, ou seja, sendo necessário apenas a realização de um cadastro simples.

Caso o beneficiário não receba o link para assinatura, você poderá encaminhá-lo acessando a opção **Solicitações de Movimentação Cadastral**, selecione pelo beneficiário em questão e no quadro ao lado direito da tela, clicar na opção **Link para DS**:



Entendendo melhor o fluxograma:

Existe carência?: cenário onde a inclusão ocorre fora do período da admissão do colaborador, ou quando não se enquadram nos casos de portabilidade e migração interna. Isto aplica-se na inclusão de dependente, salvo exceção por casamento, união estável (reconhecido em cartório) e recém-nascido dentro de 30 dias do evento.

Processo encaminhado para análise da Gestão de Saúde: equipe responsável pela análise da declaração de saúde.

Cadastro realiza as análises das documentações enviadas: a equipe do cadastro é responsável por analisar todas as documentações anexadas, garantindo assim a assertividade das informações recebidas.

Após a assinatura do formulário o mesmo retorna para que o setor de cadastro possa imputar as informações no sistema (geração da numeração da carteirinha).

5 - Beneficiários:

Campo que contém os dados de todos os beneficiários ativos na empresa.

Meus beneficiários: neste campo são disponibilizados os campos como: contrato, nome do beneficiário e CPF para uma busca mais rápida no sistema.

Exportação: arquivo em Excel com os dados das vidas ativas.

Na aba **Beneficiários**, você poderá realizar diversas ações, dentre elas, citamos abaixo:

- Inclusão de dependente;
- Troca de produto;
- Desligamento;
- 2ª via de carteirinha;
- Alteração de dados.

Inclusão de dependente: campo destinados para inclusões de dependente, posterior a inclusão do titular. A sistemática do preenchimento dos dados/informações são as mesmas para uma **nova inclusão (titular)**.

Necessário preencher todos os campos com asterisco (*) e clicar em **próxima página**.

Observe que os campos com os dados do titular já se encontram parcialmente preenchido, siga preenchendo os demais campos com asterisco (*) e clique em **próxima página**.

Selecione a quantidade de dependentes e preencha todos os campos com asterisco (*).

Troca de produto: campo destinado a contratos que possuem mais de um produto ativo.

Observe que os campos com os dados do titular já se encontram parcialmente preenchido, siga selecionando o novo produto correspondente a alteração.

Ao selecionar o novo produto, os próximos campos serão preenchidos automaticamente, logo após, clique em salvar para concluir a solicitação.

Desligamento: campo destinado a movimentações pertinentes ao cancelamento do plano.

Imprescindível selecionar os campos com asterisco (*) bem como o método de assinatura do formulário/documento.

CRIAR DESLIGAMENTO

Motivo do Desligamento*
- Selecione um valor -

Tipo de Desligamento*
Próximo Vencimento

Data Desligamento*
[Campo de data cinza escuro]
Ex: 16/05/2024

Lembrando que, próximo vencimento refere-se ao primeiro dia do período de cobertura da próxima fatura.
Lembrando que, imediato refere-se à data de preferência do beneficiário/empresa.
Lembrando que, todas as solicitações de portabilidade/plano continuidade não são processadas de maneira retroativa ou futura.

Método de assinatura dos documentos*
 Digital (D4Sign)
 Manual (impressão e upload dos documentos assinados)

Próxima página

Observe que os campos com os dados do beneficiário já se encontram parcialmente preenchido (campos cinza escuro), necessário preencher os demais campos (cinza claro).

Importante: para os contratos Coletivos por adesão (Associações, Sindicatos...), não há o direito ao plano continuidade, sendo assim, caso haja o devido interesse na manutenção do plano pela Santa Casa Saúde garantindo assim as carências já cumpridas o beneficiário deverá migrar para um plano de pessoa física ou para outro plano de pessoa jurídica.

Caso o desligamento seja por motivos como óbito, demissão ou aposentadoria com plano continuidade ou término de afiliação como nos casos de inadimplência, para seguir é necessário anexar os arquivos correspondentes.

ANEXAR ARQUIVOS

Em caso de Desligamento por ÓBITO, anexar CERTIDÃO DE ÓBITO.
Em caso de DEMISSÃO ou APOSENTADORIA, anexar o comprovante de RESCISÃO CONTRATUAL + 3 ÚLTIMOS HOLERITES.
Em caso de TERMINO DE AFILIAÇÃO, anexar DECLARAÇÃO DE INADIMPLÊNCIA.

Adicionar novo arquivo

Nenhum arquivo escolhido

Arquivos devem ter menos que 5 MB.
Tipos de arquivos permitidos: jpg jpeg pdf.

Preencher todos os campos com asterisco (*).

O nome do representante da empresa e CPF do representante da empresa, referem-se a pessoa que assinará os formulários para inclusão e/ou exclusão de acordo com o e-mail cadastrado.

2ª via de carteirinha: campo destinado a solicitação para emissão de nova carteirinha. Ao selecionar a opção atente-se pois **haverá cobrança para os motivos como perda.**

Caso seja selecionado a opção roubo, deverá ser anexado o boletim de ocorrência, em caso de **desgaste**, se faz necessário encaminhar uma foto da carteirinha para isenção da cobrança da taxa de emissão. Posteriormente clicar em **Salvar**.

Alteração de dados: campo destinado as alterações cadastrais, como nome, matrícula na empresa, número do celular e endereço.

Em casos de alteração do endereço, será necessário anexar os documentos comprobatórios e clicar em **Salvar**.

Solicitações de Movimentação Cadastral: campo destinado ao registro e acompanhamento de todas as movimentações criadas no portal da empresa.

Parte 4

Declaração de saúde



1 - Declaração de saúde

A Declaração de Saúde é um formulário que tem por objetivo solicitar ao beneficiário, informações a respeito de seu estado de saúde e de possíveis doenças ou lesões que saiba ser portador ou sofredor, e tenha conhecimento, no momento da adesão contratual ao plano de saúde.

Em casos de Doenças e Lesões Pré Existentes, poderá ser imposta "Cobertura Parcial Temporária - CPT".



Atenção: todo histórico de doenças, traumas, cirurgias da vida do beneficiário, mesmo as que já foram solucionadas, tratadas, resolvidas, devem ser informadas na Declaração de Saúde pois, fazem parte da história da doença deste paciente.

Tudo o que já foi diagnosticado, tratado desde seu nascimento até sua entrada no convênio deve estar declarado em sua Declaração de Saúde.

A omissão da informação é considerada fraude e poderá acarretar no cancelamento do Plano de Saúde. Se for identificado indícios de fraude no preenchimento da declaração de saúde e o consumidor, ao ser comunicado, não concordar com isso, a operadora deverá encaminhar à ANS um pedido para julgamento administrativo da procedência da alegação.

Enquanto não houver o resultado do julgamento, a operadora não poderá suspender a assistência ao consumidor. Caberá à operadora provar à ANS que o consumidor sabia ser portador da doença ou lesão preexistente no momento da contratação. Se a fraude for reconhecida pela ANS, os gastos efetuados com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação pela operadora, serão de responsabilidade do consumidor.




Observação: a Declaração de Saúde é um documento legal, portanto rasuras e abreviaturas não serão aceitas.

TELEMEDICINA O JEITO MAIS FÁCIL DE FAZER CONSULTAS



- 1 Pronto Atendimento Online 24 horas
- 2 Consultas agendadas com especialistas
- 3 Médicos direto no celular ou computador
- 4 Sem sair de casa
- 5 Sem coparticipação

TELEMEDICINA




ACESSE

Para começar a usar agora
leia este QR Code



Para saber mais leia
este QR Code



Ou acesse o site:
planosantacasasaude.com
e clique em TELEMEDICINA.

**QUEM TEM SANTA CASA
SAÚDE AGORA TEM**

CLUBE DE VANTAGENS



**SÃO CENTENAS DE PRODUTOS E
SERVIÇOS COM ATÉ 60% DE DESCONTO.**

**FAÇA SEU CADASTRO E APROVEITE
ESSES BENEFÍCIOS.**

santacasasaude.clubeparcerias.com.br

Plano Santa Casa Saúde