

Prezado Aposentado,

Nas próximas páginas, você encontrará informações importantes sobre o cuidado com sua saúde e a de sua família para que vocês tenham mais tranquilidade e melhor qualidade de vida.

Este material não substitui o livreto da Bradesco Saúde, que traz contatos de clínicas, profissionais, hospitais, laboratórios, enfim, toda a Rede Credenciada Bradesco Saúde que você tem à disposição.

O que esperamos é que, com o guia, você possa tirar melhor proveito do plano médico que a IBM lhe oferece, entendendo seu funcionamento, elegibilidade, cobertura, procedimentos, definições importantes, entre outros detalhes.

Você pode entrar em contato conosco pelos canais de atendimento presentes na seção “Endereços e contatos importantes”, no final do guia.

Boa saúde!

Equipe de Saúde da IBM Brasil

O conteúdo desta publicação é meramente informativo e se destina, exclusivamente, aos Beneficiários da cobertura de saúde disponibilizada pela IBM.

Informamos que, a qualquer momento, seus benefícios e limites poderão ser alterados, suspensos ou extintos, a único e exclusivo critério da IBM. As informações atualizadas constarão na Intranet de RH e no *site* da Fundação IBM.

Índice

Seu Tipo de Plano 4

Aposentados por Invalidez 5

Regras de Elegibilidade e Documentação Necessária para Inclusão de Dependentes 6

Exclusão de Dependentes 12

CENTRAL DE RELACIONAMENTO BRADESCO SAÚDE 13

Solicitação de Autorização Prévia 13

Solicitação de Prévia de Reembolso 14

PLANO MÉDICO-HOSPITALAR 14

Percentual de Coparticipação 15

No Plano Rede Credenciada 15

No Plano Livre Escolha 16

Como Solicitar Reembolso (Plano Livre Escolha) 16

Reembolso Complementar 20

Procedimentos Elegíveis 21

Consultas 21

Exames 22

Tratamentos em Séries 22

Tratamentos de Dependência Química 24

Tratamentos Bucomaxilofaciais 25

Tratamentos Especializados 26

Tratamentos Dermatológicos 26

Internações em Hospitais 27

Honorários Médicos/Equipes Cirúrgicas (Plano Livre Escolha) 29

Atendimento Médico no Exterior 30

Procedimento com Restrições 31

Serviços de Enfermagem Exclusivamente para *Home Care* 31

Remoções 31

Escleroterapia de Varizes 32

Tratamento/Cirurgia de Obesidade 32

Vacinas 33

Implante de DIU não Hormonal 33

Cirurgias Elegíveis com Restrições 33

Procedimentos sem Cobertura 34

Inseminação Artificial 34

Cirurgias Esterilizantes/Abortos 35

Tratamentos/Cirurgias Dermatológicas Estéticas 35

Cirurgia para Tratamento de Calvície 35

Tratamentos Geriátricos e/ou Ortomoleculares 36

Demais Exclusões 36

Outros Materiais Elegíveis ao Plano Médico-hospitalar 37

PLANO ODONTOLÓGICO 39

Como Utilizar 39

Cobertura Percentual 41

Procedimentos Elegíveis 41

Procedimentos não Elegíveis 42

Prévia de Reembolso e Reembolso 42

PLANO PSICOTERÁPICO 43

Limite Anual de Utilização e Percentual de Coparticipação/ Reembolso 44

Procedimentos Elegíveis 44

PLANO DE MEDICAMENTOS 45

Percentual de Reembolso 45

Como Obter o Subsídio 45

Rede Credenciada Vidalink 46

Solicitação de Reembolso 46

Medicamentos Elegíveis 48

Medicamentos Elegíveis com Autorização Prévia da IBM 48

Medicamentos sem Cobertura 50

ANEXOS 53

Programa de Atenção Integral (PAI) 53

Endereços e Contatos Importantes 54

EM QUE CONSISTE SEU PLANO MÉDICO?

O plano médico IBM ajuda você e sua família a cuidar da saúde com tranquilidade e segurança, fornecendo uma base ampla, sólida e contínua de proteção.

Ele proporciona assistência médico-hospitalar por meio de uma abrangente Rede Credenciada de médicos, laboratórios, clínicas e hospitais, bem como assistência odontológica, psicoterápica e reembolso de medicamentos, de acordo com as condições definidas pela IBM neste livreto.

Seus dependentes também poderão ser incluídos no plano e contar com a mesma cobertura que você, desde que sejam observadas as regras constantes neste texto.

Seu Tipo de Plano

Plano Livre Escolha: se você foi admitido antes de fevereiro de 1996, pode usar tanto a Rede Credenciada Bradesco Saúde quanto escolher um médico não credenciado de sua preferência e solicitar posteriormente o reembolso, de acordo com as regras e limites.

Plano Rede Credenciada: caso você tenha sido admitido após fevereiro de 1996, deverá usar exclusivamente a Rede Credenciada Bradesco Saúde de prestadores.

Se você firmou contrato de trabalho individual com a IBM até 31/12/1998 e esse contrato estiver em vigor na data de sua aposentadoria, você terá direito ao mesmo plano que tinha quando era funcionário ativo, seja Rede Credenciada ou Livre Escolha.

Se você firmou contrato de trabalho individual com a IBM a partir de 1º/01/1999, você não tem direito ao plano médico na aposentadoria.

Os funcionários cujos contratos de trabalho com a IBM tiveram início em razão de qualquer forma de reorganização societária, tal como aquisição, incorporação ou fusão, não são elegíveis ao plano médico na aposentadoria, independentemente de sua data de admissão.

Toda e qualquer alteração ocorrida no plano médico dos Beneficiários ativos aplicar-se-á também ao plano médico dos aposentados pela Fundação Previdenciária IBM.

Se você for desligado da IBM antes de ter direito à aposentadoria, não será elegível ao plano médico IBM, mesmo que continue contribuindo para a Fundação Previdenciária IBM (autoprocínio ou benefício definido).

Aposentados por Invalidez

Se você for aposentado por invalidez pela Fundação Previdenciária IBM, você será elegível ao tipo de plano médico que tinha enquanto era funcionário ativo, conforme o regulamento da Fundação.

Se você não tiver direito à aposentadoria por invalidez pela Fundação Previdenciária IBM, mas for aposentado por invalidez pelo INSS, você será elegível ao plano médico Rede Credenciada, mesmo que, quando era ativo, você tenha sido elegível ao plano Livre Escolha.

Qualquer alteração ocorrida no plano médico dos Beneficiários ativos aplicar-se-á também ao plano médico dos aposentados por invalidez.

Regras de Elegibilidade e Documentação Necessária para Inclusão de Dependentes

Para inclusão de um novo dependente, você deverá enviar, para Operações RH, cópia da documentação específica para cada grau de dependência e preencher o Formulário de Inclusão no plano médico disponível na Intranet de RH e no RH Help (0800 047 4458).

São elegíveis ao plano médico:

- todos os funcionários (regulares e não regulares), estagiários, independentemente da jornada de trabalho, e aposentados.
- todos os estagiários IBM, não sendo permitidas a inclusão de dependentes nem a utilização do plano em viagens ao exterior. Importante: a rede à disposição dos estagiários é a Rede IBM Nacional Bradesco Saúde. Portanto, antes de utilizar qualquer serviço ou prestador de saúde, é necessário confirmar, junto à Bradesco Saúde, se ele é credenciado à rede Nacional;
- todos os Jovens Aprendizes, não sendo permitida a inclusão de dependentes. A rede à disposição dos Jovens Aprendizes é a Rede IBM Nacional Bradesco. Portanto, antes de utilizar qualquer serviço ou prestador de saúde, é necessário confirmar, junto à Bradesco Saúde, se ele é credenciado à rede Nacional;

- cônjuges e filhos solteiros dos Beneficiários ativos, conforme condições a seguir.

■ **Filhos naturais** - mediante apresentação da documentação necessária. No caso de recém-nascido, você deverá apresentar a Certidão de Nascimento em até 30 (trinta) dias após o nascimento. Nesse período, a criança utilizará a carteira da mãe e, após esse período, ela só será elegível se o titular apresentar a documentação necessária para a inclusão.

Documentação necessária para inclusão: Certidão de Nascimento.

■ **Enteados** - menores que vivam sob sua dependência econômica, desde que seu cônjuge/companheiro(a)/parceiro(a) doméstico(a) seja elegível aos planos médico e odontológico IBM.

Documentação necessária para inclusão: termo legal de posse e guarda da(s) criança(s) do cônjuge/companheiro(a)/parceiro(a) doméstico(a).

■ **Filhos adotivos** - menores que estiverem sob sua posse e guarda ou de seu cônjuge/companheiro(a)/parceiro(a) doméstico(a).

Documentação necessária para inclusão: averbação, no registro de nascimento dos adotados por delegação de pátrio poder, formalizada pelo juiz de menores e comprovada com a respectiva certidão, até a respectiva extinção, nas hipóteses previstas em lei.

■ **Tutelados** - menores cuja tutela seja confiada a você ou ao seu cônjuge/companheiro(a)/parceiro(a) doméstico(a),

desde que as crianças residam em sua casa e que seus bens não incluam recursos suficientes para manter um plano médico. A elegibilidade será concedida, no máximo, pelo prazo legal estabelecido para a tutela.

Documentação necessária para inclusão: documento legal que conceda a tutela.

■ **Posse e guarda de menores** - seus descendentes ou os de seu cônjuge/companheiro(a)/parceiro(a) doméstico(a) que vivam sob sua posse e guarda por determinação judicial (casos em que a legislação vigente proíbe a adoção). Nesses casos, a elegibilidade aos planos médico e odontológico IBM será concedida, no máximo, pelo período de guarda conferido pela autoridade judicial, mediante apresentação dos documentos legais. O simples Termo de Guarda e Responsabilidade de um menor não tem validade para efeito de sua inclusão como Beneficiário no plano médico da IBM.

Documentação necessária para inclusão: termo de posse e guarda concedido pela autoridade judicial.

■ **Adotandos** - menores que estiverem sob sua posse e guarda ou de seu cônjuge/companheiro(a)/parceiro(a) doméstico(a), em processo legal de adoção junto ao juizado de menores.

Documentação necessária para inclusão: documento legal de posse e guarda, cópia do respectivo pedido de adoção apresentado à justiça e certidão, fixando estágio de convivência com duração determinada. Nesses casos, o período de elegibilidade ao plano

médico IBM será de 12 (doze) meses, a partir do início do estágio de convivência fixado pelo Juiz de Menores. Vencido esse prazo, caso você não apresente o documento legal relativo à adoção definitiva, o benefício será cancelado, mesmo sem prévio aviso.

■ **Curatelados** - filhos naturais, enteados, adotados, quando adultos, cuja curatela seja confiada a você ou a seu cônjuge/companheiro(a)/parceiro(a) doméstico(a), mediante apresentação de cópia do documento legal concedendo a curatela, e desde que os bens do curatelado não incluam recursos suficientes para manter um plano médico.

Documentação necessária para inclusão: documento judicial da curatela.

Filhos naturais, adotivos, tutelados e enteados até 22 (vinte e dois) anos serão elegíveis se forem respeitadas as condições abaixo:

- Até 18 (dezoito) anos completos - desde que solteiros;
- entre 19 (dezenove) e 22 (vinte e dois) anos completos - desde que solteiros, estudantes e que não estejam recebendo ganhos superiores a três salários mínimos. Caso alguma dessas três condições não seja atendida, a elegibilidade cessará e não mais poderá ser restabelecida;
- a partir dos 23 (vinte e três) anos, poderão continuar a receber os benefícios do plano médico IBM exclusivamente nos casos em que:
 - 1) permanecerem solteiros;
 - 2) forem pessoas com incapacidade total ou permanente, física e mental, incluindo cegueira total e surdez total de origem congênita, devidamente comprovada por relatório médico e exames; e
 - 3) continuarem vivendo sob os seus cuidados, assistência e inteira dependência econômica. Caso alguma das três condições não seja atendida, a elegibilidade cessará e não mais poderá ser restabelecida.

Não serão elegíveis ao plano médico: pai, mãe, sogro(a), nem qualquer outra pessoa com grau de parentesco que não esteja entre os relacionados acima, mesmo que seja dependente do titular ou esteja sob a condição de curatela.

■ **Cônjuge** - esposa ou marido do titular, considerado(a) casado(a) para todos os efeitos pela lei brasileira.

Documentação necessária para inclusão:
Certidão de Casamento.

Companheiro(a) ou Parceiro(a) Doméstico(a)

■ **Companheiro(a):** relação de união estável entre casais de sexos diferentes.

Documentação necessária para inclusão:
Cópia autenticada da declaração de União Estável feita por Escritura Pública registrada em Cartório.

■ **Parceiro(a) Doméstico(a):** relação de união estável entre casais de mesmo sexo.

Documentação necessária para inclusão:
Cópia autenticada da declaração de União Estável feita por Escritura Pública registrada em Cartório.

■ **Ex-cônjuge/Ex-companheiro(a)** - poderá continuar Beneficiário dos planos. Para isso, deve-se fazer a troca do grau de relacionamento no sistema por meio do formulário disponível na Intranet de RH ou pelo RH HELP. Não poderá haver simultaneidade de cônjuges, ex-cônjuges, companheiros(as)

ou parceiros(as) domésticos(as) como Beneficiários do plano. Caso a inclusão se dê por determinação judicial, em que a IBM precise prover o plano médico ao ex-cônjuge/ex-companheiro(a), a IBM acatará a decisão da justiça.

Critérios para a inclusão e documentação necessária: não existe prazo para inclusão de novo(a) companheiro(a) ou parceiro(a) doméstico(a). Somente nos casos em que exista impedimento legal e prazo a cumprir, deverá ser apresentado, além do formulário de inclusão, a documentação específica para as situações descritas abaixo.

Ambos solteiros sem impedimento legal:

- Cópia autenticada da declaração de União Estável feita por Escritura Pública registrada em Cartório.

Um solteiro e um separado legalmente:

- Cópia autenticada da declaração de União Estável feita por Escritura Pública registrada em Cartório; e
- Certidão de divórcio ou de separação judicial.

Ambos separados legalmente:

- Cópia autenticada da declaração de União Estável feita por Escritura Pública registrada em Cartório; e
- Certidão de divórcio ou de separação judicial.

Exclusão de Dependentes

Para a exclusão de um dependente, você deverá preencher o formulário de exclusão, disponível na Intranet de RH ou com o RH Help, e enviá-lo para Operações de RH.

Veja, a seguir, as situações em que ocorre exclusão de dependentes.

Exclusão automática:

- filhos(as) solteiros(as) que completarem 19 (dezenove) anos (exceto universitários com até 22 (vinte e dois) anos, comprovados pela declaração de escolaridade, e que não tenham renda superior a três salários mínimos;
- filhos(as) entre 19 (dezenove) e 22 (vinte e dois) anos que não apresentarem anualmente a declaração de escolaridade;
- filhos(as) ao completarem 23 (vinte e três) anos, a não ser que comprovem invalidez.

Exclusão sob responsabilidade do Beneficiário, com base nos critérios abaixo:

- ex-cônjuge, mediante comprovação judicial;
- exclusão de filho(a) por motivo de casamento e emancipação;
- exclusão de filho(a) ao encerrar ou interromper o curso universitário antes de completar 23 (vinte e três) anos.

Exclusão por rescisão do contrato de trabalho do titular do plano.

Exclusão dos dependentes por falecimento do titular:

Em caso de falecimento do titular, os dependentes serão elegíveis à permanência no plano médico por 90 (noventa) dias. Após esse período, todos os dependentes serão excluídos automaticamente.

CENTRAL DE RELACIONAMENTO BRADESCO SAÚDE

Você poderá tirar dúvidas sobre seu plano médico pela Central de Relacionamento Bradesco Saúde (0800 701 2731).

É de responsabilidade do Beneficiário verificar previamente se o hospital escolhido e a equipe médica que realizará o procedimento são credenciados pela Bradesco Saúde, bem como a cobertura de todo e qualquer material a ser utilizado.

Solicitação de Autorização Prévia

No caso de realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia na Rede Credenciada, o prestador de serviço deverá solicitar autorização diretamente para a Bradesco Saúde.

A autorização será válida por 30 (trinta) dias a contar da data de emissão.

Para o plano Livre Escolha, em casos de internações fora da rede, você não precisará ter autorização prévia, porém será necessá-

rio verificar a elegibilidade e a cobertura do procedimento pela prévia de reembolso de honorários médicos.

Solicitação de Prévia de Reembolso

Antes de realizar qualquer procedimento pela Livre Escolha, informe-se sobre o valor a ser reembolsado, de acordo com os limites do plano médico, solicitando uma prévia de reembolso para honorários médicos, terapias, exames e/ou consultas.

Para tanto, deverá entrar em contato com a Central de Relacionamento Bradesco Saúde (0800 701 2731), informando o nome do procedimento a ser realizado ou o código da tabela com os valores cobrados por cada profissional da equipe. A prévia será fornecida em até 10 (dez) dias úteis a partir da data de recebimento da solicitação na Bradesco Saúde. Não será fornecida a prévia se os valores da equipe não forem informados.

Atenção: *Serão considerados para pagamento os valores que constarem dos recibos médicos apresentados para reembolso, dentro dos limites do plano, mesmo que sejam diferentes da prévia, lembrando que sempre haverá coparticipação em todas as utilizações.*

PLANO MÉDICO-HOSPITALAR

O plano médico-hospitalar tem como objetivo auxiliá-lo com as suas despesas, e as de seus dependentes elegíveis ao plano, em procedimentos voltados basicamente para

tratamentos de doenças e recuperação de saúde, excluindo atividades de cunho estético, de promoção de saúde e preventivas.

Percentual de Coparticipação

No Plano Rede Credenciada

O seu percentual de coparticipação em despesas realizadas na Rede Credenciada será de acordo com o procedimento realizado.

	Funcionário/ Aposentado	Casal IBM
Pequeno Risco	15%	2,25%
Grande Risco	15% limitado a R\$ 250,00	15% limitado a R\$ 250,00

Procedimentos de pequeno risco

São procedimentos que não preveem diária de internação, podendo ser prestados em consultórios médicos, clínicas e hospitais.

O valor de coparticipação para exames, consultas e procedimentos ambulatoriais na Rede Credenciada Bradesco Saúde será de 15%, para funcionários e aposentados elegíveis, e de 2,25%, em caso de casal IBM.

Procedimentos de grande risco

São procedimentos que preveem diária de internação ou os casos de quimioterapia e radioterapia ainda que realizados em regime ambulatorial.

Nesse caso, o valor de coparticipação será de 15%, limitado a uma franquia de R\$ 250,00, independentemente de se tratar ou não de casal IBM.

Solicite a prévia de reembolso para ter acesso aos valores.

No Plano Livre Escolha

O percentual de reembolso em despesas realizadas fora da Rede Credenciada Bradesco Saúde e previstas no Rol da Agência Nacional de Saúde (ANS) será de 75%, limitado aos valores da tabela de referência da Operadora.

No caso de casal IBM em que ambos os cônjuges têm direito ao plano Livre Escolha, o percentual de reembolso em despesas realizadas fora da Rede Credenciada Bradesco Saúde será de 93,75%, limitado aos valores da tabela de referência da Operadora Bradesco Saúde.

No caso de casal IBM em que somente um dos cônjuges tem direito ao plano Livre Escolha, o percentual de reembolso em despesas realizadas fora da Rede Credenciada Bradesco Saúde será de 75%, limitado aos valores da tabela de referência da Operadora Bradesco Saúde.

O valor máximo a ser reembolsado é por evento, sendo válido para todos os Beneficiários elegíveis ao plano Livre Escolha, inclusive para casal IBM.

Como Solicitar Reembolso (Plano Livre Escolha)

As solicitações de reembolso das despesas elegíveis deverão ser, obrigatoriamente, acompanhadas de comprovantes de pagamento originais, cuja data de emissão será considerada como a de efetivação das despesas.

O Beneficiário deverá observar o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a partir da data de ocorrência do evento, para apresentação dos pedidos de reembolso. O Beneficiário deverá apresentar formulário específico, de-

vidamente preenchido com seus dados cadastrais, acompanhado da documentação completa, relacionada adiante:

Consulta Médica

Para a solicitação de reembolso das consultas médicas realizadas em prestadores não integrantes da rede referenciada, o Beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Consulta realizada em consultório médico: Recibo, original e quitado, emitido pelo médico, no qual devem constar: nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, especialidade, assinatura e carimbo).
- b) Consulta realizada em clínica ou hospital: Nota Fiscal, original e quitada, emitida pelo hospital ou clínica, contendo: razão social e CNPJ do estabelecimento, nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, especialidade e carimbo do médico.

Exames

Nos casos em que o Beneficiário realizar exames clínicos ou de imagem em prestador não integrante da rede referenciada do produto contratado, ele deverá solicitar o reembolso mediante a apresentação de:

- a) Pedido médico, datado, assinado e carimbado, no qual devem constar: nome do paciente, nome técnico de cada exame realizado, sem siglas ou códigos, bem como a correspondente metodologia, caso exista mais de um método diagnóstico disponível, e justificativa para a respectiva solicitação.

b) Nota Fiscal ou recibo, original e quitado, emitido pelo prestador que realizou o exame, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada exame realizado com seu valor unitário, razão social e CNPJ do estabelecimento.

b.1) No caso de apresentação de recibo de pessoa física, adicionalmente, deverão ser informados CPF, endereço e telefone do profissional que realizou o exame.

Quando forem realizados exames de imagem (Raio-X, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética etc.), na documentação apresentada para reembolso, deverão constar também a região examinada e, se for o caso, a descrição dos materiais e medicamentos, com seus valores unitários discriminados.

Nos casos de realização de exames genéticos, adicionalmente, deverão ser enviados:

a) Relatório médico acompanhado da justificativa relacionada à conduta terapêutica, quadro clínico, histórico familiar, laudo dos exames realizados para o diagnóstico da doença, indicação de um geneticista clínico e a metodologia utilizada, se forem realizados em território nacional.

Não serão aceitas declarações quanto ao extravio deles. **E não é concedido nenhum tipo de adiantamento de crédito.**

Quando as solicitações de reembolso envolverem mais de um Beneficiário, não há necessidade de fazer reembolsos diferentes. Basta que os Beneficiários sejam devidamente identificados.

É necessário separar o pedido de reembolso em função do tipo de serviço utilizado, por exemplo: plano médico, plano odontológico ou plano psicoterápico.

Para obter o formulário e o *checklist* dos documentos necessários para a solicitação do reembolso, você poderá entrar no *site* da Bradesco Saúde e imprimi-los. Os documentos originais deverão ser entregues nas unidades de atendimento da Bradesco (a relação completa com os endereços está disponível no *site* da Bradesco) ou, ainda, nos pontos focais.

Acesse o Portal da Bradesco Saúde (www.bradescosaude.com.br) e clique em Área de Segurados no Acesso Exclusivo.



Digite o seu e-mail ou CPF e a senha do Acesso Exclusivo.



Em Reembolso, clique em Checklist.

Reembolso Complementar

Esse benefício foi instituído para permitir que o Beneficiário obtenha o máximo de reembolsos oferecidos simultaneamente pela IBM e por outras organizações.

Para ser elegível a esse benefício, você precisa ter direito ao plano Livre Escolha e deverá especificar “Reembolso Complementar” no formulário de reembolso da Bradesco Saúde.

Se o Beneficiário possuir plano médico particular que dê direito a reembolso, os benefícios desse plano serão reembolsados em conjunto com o plano médico da IBM. Para tanto, é necessário apresentar recibo em nome do paciente, emitido pela entidade prestadora dos serviços de saúde. O valor reembolsado, no entanto, não pode exceder a totalidade do valor do recibo.

O pagamento do reembolso complementar pela IBM somente será efetuado após a apresentação dos valores reembolsados pelo plano médico particular.

Deverá ser declarado o valor reembolsado pelo plano médico particular para que a soma dos valores reembolsados não ultrapasse o total da despesa. O reembolso da IBM poderá atingir até 100% da diferença entre o valor da despesa e o valor reembolsado pelo plano médico particular, respeitando os limites de reembolso IBM a que faz jus o Beneficiário.

Veja abaixo o exemplo de reembolso pela regra do plano Livre Escolha:

Valor do recibo	= 4.000,00
A IBM reembolsaria 75% (até o valor de referência para o procedimento x Tabela da Bradesco Saúde)	= 3.000,00
Valor reembolsado pela outra operadora	= 2.800,00
Valor gasto pelo Beneficiário	= 1.200,00
A IBM reembolsará	= 1.200,00

Procedimentos Elegíveis

Consultas

São elegíveis consultas realizadas em consultórios médicos ou hospitais, em qualquer especialidade legalmente reconhecida, desde que se destinem ao tratamento de doenças em geral.

Consultas com nutricionistas são elegíveis somente mediante encaminhamento médico. O número de consultas será de acordo com as diretrizes da utilização do Rol da Agência Nacional de Saúde (ANS) vigente.

Consultas frequentes realizadas com psicólogos ou psiquiatras serão consideradas como sessões psicoterápicas e deverão ser incluídas no plano psicoterápico, conforme regras descritas para essa modalidade.

Não são elegíveis consultas em academias de ginástica, associações desportivas, clubes, DETRAN etc.

Exames

São elegíveis quaisquer exames complementares relacionados a tratamentos elegíveis ao plano e que tenham finalidade de diagnosticar doenças, desde que constem no Rol de procedimentos da ANS.

Exceções deverão ser tratadas pela Central de Saúde IBM.

Exames para verificação de esterilidade, exame pré-natal e testes de gravidez (Beta HCG) são elegíveis ao plano, mas exames pré-nupciais e exames destinados à comprovação de paternidade não o são.

Outros exames não cobertos: comprovações diagnósticas para fins de indenizações ou atendimento a processos judiciais (anulação de casamento e exames preventivos ou de acompanhamento para prática de esportes em colégios, clubes, academias, associações desportivas etc. e *check-ups*.

Tratamentos em Série

Todos os tratamentos em série realizados na Rede Credenciada Bradesco Saúde requerem solicitação médica e autorização prévia. Você deverá entrar em contato com a Central de Relacionamento Bradesco Saúde (0800 701 2731).

Beneficiários elegíveis ao plano Livre Escolha que realizarem tratamentos em série fora da Rede Credenciada Bradesco Saúde não precisarão de autorização prévia, porém estarão sujeitos aos limites e regras contratuais.

a) Fonoaudiologia/logopedia

Tratamentos fonoaudiológicos (logopédicos) são elegíveis ao plano de acordo com as diretrizes de utilização do Rol da Agência Nacional de Saúde (ANS) vigente.

Tratamentos realizados por psicopedagogos não são elegíveis ao plano. Excluem-se, também, quaisquer despesas com tratamentos para imposteria da voz, seja qual for sua indicação.

b) Fisioterapia/hidroterapia

Despesas com tratamentos fisioterápicos, incluindo RPG (reeducação postural global) e Pilates, somente serão elegíveis quando se destinarem à recuperação funcional motora e realizado por fisioterapeuta. Excluem-se do plano quaisquer despesas realizadas em clubes, academias ou colégios de qualquer natureza.

A hidroterapia (fisioterapia aquática) enquadra-se nos procedimentos fisioterápicos elegíveis, desde que seja feita em banheiras de turbilhão (não em piscinas) e atendidos os requisitos acima, excluindo-se a hidroginástica.

A hidroterapia realizada em piscinas somente será elegível mediante análise técnica da Central de Saúde e quando for executada por fisioterapeutas. Será limitada a 36 sessões por patologia ao ano.

Quiroprática somente será elegível quando for praticada por médico e com aprovação da Central de Saúde IBM.

c) Acupuntura

Acupuntura é elegível somente se for realizada por médicos e/ou fisioterapeutas que estejam cadastrados na Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA), que é federal, ou em suas regionais.

d) Terapia hiperbárica

Será elegível de acordo com as diretrizes de utilização da Agência Nacional de Saúde (ANS). Demais casos serão analisados pela Central de Saúde IBM e fundamentados em protocolos clínicos.

e) Cirurgias esterilizantes

São elegíveis cirurgias como vasectomia e ligadura de trompas, conforme as diretrizes de utilização da Agência Nacional de Saúde (ANS).

Tratamentos de Dependência Química

Alcoolismo e drogadição

Despesas com tratamentos de alcoolismo e de drogas são elegíveis. Casos de hospitalização em hospitais psiquiátricos seguem as regras do plano médico.

Despesas com tratamento para deixar de fumar são elegíveis somente em nível ambulatorial, incluindo medicação prescrita por médico com essa finalidade. Não são elegíveis em regime de internação e com aprovação prévia da Central de Saúde IBM.

Não serão autorizados tratamentos em caso de reincidência devido à falta de adesão ao tratamento por parte do Beneficiário.

Tratamentos Bucomaxilofaciais

Para fins de administração desse plano, considera-se:

- **tratamento bucomaxilofacial:** conjunto de procedimentos cirúrgicos e/ou ortopédicos realizados nas estruturas integrantes da cavidade bucal, incluindo a língua, os ossos maxilares e as glândulas salivares, e excluindo os dentes. Não são elegíveis procedimentos considerados tecnicamente estéticos.
- **tratamento ortopedicomaxilar:** tratamento cirúrgico dos ossos maxilares, excluindo os dentes.

Quaisquer complementações de tratamentos bucomaxilofaciais ou ortopedicomaxilares, conforme as definições acima estabelecidas e envolvendo emprego de aparelhos apoiados ou fixados aos dentes, mesmo com finalidade de correção ou consolidação de tratamento, serão enquadradas no plano odontológico, como tratamento.

- **tratamento dentário resultante de trauma:** nos casos restritos de ferimentos acidentais, de origem traumática e violenta, são admitidas como elegíveis ao plano médico, mediante autorização prévia da área médica da IBM, as despesas correspondentes ao tratamento dos dentes afetados tidas como absolutamente indispensáveis à reparação dos danos provocados pelos ferimentos. O tratamento não poderá abranger outros dentes ou estruturas não afetados pelo acidente. A autorização prévia da área médica da IBM não exclui a análise de materiais cirúrgicos feita pela Bradesco Saúde. Tratamentos bucomaxi-

lofaciais/ortopedicomaxilares destinados à correção de problemas decorrentes de traumas acidentais só serão elegíveis em conformidade com os critérios acima estabelecidos e desde que o acidente tenha ocorrido comprovadamente após a data de admissão do Beneficiário na IBM. Além disso, o tratamento precisa ser iniciado dentro de seis meses, a contar da data do acidente, e ser realizado por cirurgião bucomaxilofacial.

Tratamentos Especializados

São elegíveis transfusão de sangue e seus derivados, diálise e hemodiálise, radioterapia, cobaltoterapia, braquiterapia, quimioterapia oncológica ambulatorial, incluindo medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, bem como litotripsia e oxigenoterapia hiperbárica, conforme as diretrizes de utilização da Agência Nacional de Saúde (ANS).

Demais procedimentos não previstos no Manual deverão ser tratados com a Central de Saúde IBM.

Tratamentos Dermatológicos

Despesas com biópsias e extirpação cirúrgica de lesões tumorais ou passíveis de malignização serão elegíveis desde que acompanhadas de laudo médico justificativo e anatomopatológico. Caso o processo de remoção da lesão impeça tal exame, isso deverá ser explicado no laudo médico.

Nas prescrições médicas de tratamentos dermatológicos, deverá constar declaração

expressa do médico de que não se trata de procedimento com finalidade estética. Tratamentos de qualquer natureza, efetuados por calistas, pedicures, manicures, centros de tratamento capilar etc., não são elegíveis.

Internações em Hospitais

O plano médico cobre internações em hospitais credenciados pela Bradesco Saúde (ou em hospitais de preferência para os elegíveis ao plano Livre Escolha), seja em quarto ou UTI. Toda internação dentro da Rede Credenciada Bradesco Saúde necessita de autorização prévia, que deve ser solicitada pelo prestador ao hospital credenciado escolhido.

Obs.: Recomenda-se que todos os procedimentos sejam submetidos à Operadora para análise de conformidade com o Rol da ANS.

a) Internações psiquiátricas

De acordo com a Lei n.º 9.656/98, Resolução CONSU n.º 11, fica estipulado que os 30 (trinta) primeiros dias são cobertos pelo plano de saúde, com franquia, e que, após esse período, o custeio da internação é coparticipado em 50% após análise da área médica da IBM.

b) Internações de longa permanência

As internações acima de 60 (sessenta) dias para doenças crônicas serão analisadas pela Central de Saúde IBM a fim de que seja definido o atendimento na rede compatível com a complexidade do caso.

c) Diária de acompanhante

A diária de acompanhante não tem restrição de idade quando a internação for na Rede Credenciada Bradesco Saúde. A abrangência da

diária pode variar, portanto, deve ser conferida com o setor administrativo do hospital/clínica.

No caso de internação fora da Rede Credenciada Bradesco Saúde (para os elegíveis ao plano Livre Escolha), a diária do acompanhante somente será coberta se o paciente tiver até 18 (dezoito) anos ou mais de 60 (sessenta) anos ou, ainda, se for portador de deficiência, conforme indicação do médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, e parturiente, durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato (48 horas), salvo por contraindicação do médico assistente, ou, quando houver indicação, limitada ao previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, e ao custo relativo à paramentação de seu acompanhante.

d) Outras despesas de hospitalização

Nos casos de maternidade, quando a mãe for elegível ao plano médico, as despesas com mãe e filho serão cobradas na conta da mãe até o dia em que ela deixar o hospital, com prazo máximo de cobertura por 30 (trinta) dias. A partir dessa data, o Beneficiário titular tem a responsabilidade de incluir a criança como sua dependente, desde que ela seja elegível ao plano. O Beneficiário titular deverá enviar cópia da Certidão de Nascimento e o formulário de inclusão para Operações de RH - MM31A. O formulário de inclusão está disponível pelo RH HELP ou pela Intranet de RH.

No caso de a mãe não ser reconhecida como Beneficiária do plano, o filho do Beneficiário IBM receberá os benefícios a partir da data do nascimento, desde que seja registrado como dependente do Beneficiário titular na IBM. Não serão elegíveis as despesas referentes aos períodos pré-natal, parto e pós-

parto de companheira não reconhecida pela IBM como dependente do titular.

Não são elegíveis as despesas extraordinárias não relacionadas diretamente com o tratamento do paciente. Ex.: taxa de paramentação, telefonemas, telegramas, jornais, revistas, aluguel de TV e frigobar, bebidas em geral e qualquer tipo de alimentação fora do regime dietético do paciente incluído na diária hospitalar. Despesas com fotografias ou filmagens pré, pós ou intraoperatórias não são elegíveis em nenhuma circunstância.

É de responsabilidade do Beneficiário verificar previamente se o hospital escolhido e a equipe médica que realizará o procedimento são credenciados à Bradesco Saúde, bem como a cobertura de todo e qualquer material utilizado.

Honorários Médicos/ Equipe Cirúrgica (Plano de Livre Escolha)

Beneficiários do plano Livre Escolha terão direito a reembolso, obedecendo às regras e aos limites, desde que o procedimento seja elegível às regras do plano médico. Antes de realizar qualquer procedimento cirúrgico, consulte a Central de Relacionamento Bradesco Saúde para saber qual valor poderá ser reembolsado (veja item Prévia de Reembolso).

Para efetuar o reembolso, você deverá preencher a Solicitação de Reembolso e anexar os recibos originais, contendo o CPF dos profissionais que participaram do procedimento, junto com o relatório do cirurgião, informando o(s) procedimento(s) realizado(s). O Beneficiário elegível será reembolsado em até 75% das despesas, sendo esse percentual limitado aos

valores da tabela de referência da Operadora Bradesco Saúde, em 10 (dez) dias úteis a contar da data de entrada na Bradesco Saúde.

Atendimento Médico no Exterior

O plano médico IBM é de abrangência nacional. Entretanto, a IBM concede a cobertura para atendimento médico no exterior por 45 (quarenta e cinco) dias, para ambas as modalidades do plano, mas somente quando for caracterizado como emergencial, quando em viagem a serviço ou por motivos particulares.

Se você for viajar para fora do Brasil e necessitar de atendimento de emergência, **deverá pagar as despesas médico-hospitalares e solicitar, em caráter excepcional, o reembolso delas.**

Para o reembolso, será necessário que você apresente o recibo original do hospital/clínica ou profissional e o relatório médico indicando o atendimento de emergência com a descrição dos procedimentos. O relatório será avaliado previamente pela equipe médica da IBM a fim de definir se o atendimento foi emergencial.

Para despesas médicas no exterior quando em viagem a serviço, você terá um reembolso de 95% das despesas e deverá apresentar, para o reembolso, o relatório caracterizando a emergência médica, bem como o comprovante de viagem a serviço.

Para despesas médicas no exterior quando em viagem de férias ou motivos particulares, você terá um reembolso de 75% das despesas, exclusivamente para emergências médicas comprovadas por meio de laudo médico e apresentação dos recibos.

Procedimentos com Restrições

Serviços de Enfermagem Exclusivamente para Home Care

A cobertura de despesas com tais serviços, fora do período de internação hospitalar, estará vinculada a situações caracterizadas como especiais e graves, que necessitem de cuidados técnicos, conforme recomendação expressa do médico, e dentro dos critérios estabelecidos pela IBM, portanto, necessita de autorização prévia da área médica da IBM.

Remoções

Remoções em vias públicas não são elegíveis, visto que somente o Corpo de Bombeiros ou SAMU estão autorizados para tal procedimento.

São cobertas pela Operadora quando forem realizadas entre unidades hospitalares (pública, particular, credenciadas ou não) e entre unidade hospitalar e laboratorial. Quando o paciente se encontra em atendimento domiciliar (*Home Care*), haverá cobertura entre domicílio e hospital e vice-versa, não gerando coparticipação.

Despesas com remoções de pacientes inter-hospitais são elegíveis, desde que terrestres e realizadas em ambulâncias credenciadas. Quaisquer outros tipos de meio de transporte utilizados para remoção não são elegíveis, independentemente da situação ou indicação médica.

Remoções das unidades IBM ou residência são realizadas pela Central de Saúde IBM (ligação local 4005-1555, Rio de Janeiro, Cam-

pinas, São Paulo, Brasília, Belo Horizonte e Curitiba; se estiver em outras localidades, ligue 0800 941 1555). *Ver página anterior.

Escleroterapia de Varizes

Procedimentos cirúrgicos indicados na correção de varizes são elegíveis ao plano, sem restrições.

Excepcionalmente, após a realização de cirurgia de varizes, a escleroterapia complementar de varizes remanescentes poderá ser considerada elegível, mediante laudo médico justificativo e aprovação prévia da área médica da IBM, estando sujeita à perícia médica. O tratamento deverá ser realizado no período de, no máximo, seis meses após a cirurgia.

Tratamentos/ Cirurgia de Obesidade

Cirurgia de obesidade é elegível somente nos casos que caracterizem obesidade mórbida, conforme diretrizes técnicas regidas pela ANS, sendo passível de haver solicitação de segunda opinião por parte da seguradora.

Somente tratamentos realizados por médicos, em casos de obesidade patológica, são elegíveis ao plano. Para isso, é necessária a apresentação do laudo médico e da metodologia a ser aplicada no tratamento, incluindo os medicamentos que serão ministrados. Será obrigatória a aprovação prévia da área médica da IBM, que poderá requisitar exame pericial. Exclui-se do plano médico qualquer tratamento de emagrecimento de natureza estética ou em desacordo com os protocolos médicos estabelecidos.

Não são elegíveis despesas com clínicas de emagrecimento, *spas*, Vigilantes do Peso e tratamentos de fisioterapia com essa finalidade.

Vacinas

São elegíveis despesas com vacinas, exceto a vacina de HPV, exclusivamente por reembolso, que será de 75% do valor do recibo.

Implante de DIU não Hormonal

O procedimento de colocação bem como o DIU são elegíveis ao plano médico e requerem autorização prévia.

Cirurgias Elegíveis com Restrições

Esse item inclui todas as cirurgias que são elegíveis dentro dos critérios estabelecidos pelo Rol da Agência Nacional de Saúde (ANS) vigente.

a) Cirurgias plásticas reparadoras

São elegíveis cirurgias plásticas reparadoras para restituição do caráter funcional e dentro dos critérios de utilização do Rol da Agência Nacional de Saúde (ANS) vigente.

b) Cirurgias mamárias

Mamoplastias redutoras e adenomastectomia subcutânea somente serão elegíveis nos casos em que houver comprometimento da coluna vertebral ou do plexo braquial, comprovados por meio de laudo emitido por ortopedista e comprovação radiológica (Raio-X de coluna e mamografia).

Casos de reconstrução mamária somente serão elegíveis quando forem secundários a mastectomias radicais por doença neoplásica, comprovada por resultados do exame anatomopatológico.

c) Cirurgias oftalmológicas

Cirurgias refrativas para correção de miopia e/ou hipermetropia somente serão elegíveis se tiverem em conformidade com as diretrizes de utilização da Agência Nacional de Saúde (ANS) vigente.

Cirurgias para correção de ptose palpebral somente serão elegíveis após comprovação de alteração de campo visual por meio de laudos médicos e seguirão as diretrizes de utilização do Rol da Agência Nacional de Saúde (ANS) vigente.

d) Cirurgia para correção de desvio de septo nasal

Septoplastia somente será elegível mediante apresentação de exame que comprove o desvio de septo (laudo da tomografia computadorizada ou radiografia de face).

Procedimentos sem Cobertura

Inseminação Artificial

Não é elegível inseminação artificial ou nenhuma despesa de consultas, exames e medicamentos relacionados ao procedimento.

Cirurgias Esterilizantes/Abortos

Despesas decorrentes de aborto provocado não são elegíveis, excetuando-se os casos de interrupção de gravidez previstos e executados dentro dos preceitos legais, com apresentação de pareceres concordantes de médicos. O aborto espontâneo é elegível, desde que tenha laudo médico comprobatório.

Tratamentos/ Cirurgias Dermatológicas Estéticas

Não são elegíveis:

- despesas com finalidade rejuvenescedora e estética ou cosmética, como limpeza de pele, *peeling*, tratamento de alterações degenerativas da pele decorrentes de envelhecimento, gravidez, exposição ao sol, emagrecimento acentuado, tratamentos de calvície, vitiligo etc.;
- procedimentos como: abrasão química, esfoliação química, epilação, abrasão cirúrgica e injeção de *botox*;
- tratamentos de qualquer natureza efetuados por calistas, pedicures, manicures, centros de tratamento capilar etc.

Cirurgia para Tratamento de Calvície

Não é elegível nenhum tipo de cirurgia ou implante para tratamento de calvície (alopecia).

Tratamentos Geriátricos e/ou Ortomoleculares

Não são elegíveis ao plano tratamentos dessa natureza, independentemente do objetivo, exceto os previstos no Rol de Procedimentos da ANS.

Demais Exclusões

Não são elegíveis:

- necropsia de adultos e crianças;
- necropsia de feto e exame de placenta;
- cursos de parto sem dor, de preparo ao parto ou de puericultura;
- atividades diversas de natureza recreativa, esportiva ou estética, como ginástica, musculação, massagens, sauna, duchas, natação, ioga, danças, musicoterapia, cromoterapia, entre outras, bem como aquisição ou aluguel de aparelhos e instrumentos destinados a esses fins;
- armações de óculos e lentes corretivas ou lentes de contato, bem como despesas relacionadas a sua adaptação e manutenção;
- tratamentos experimentais sem comprovação ou reconhecimento pelas sociedades médicas nacionais;
- prótese auditiva;
- bomba de insulina;
- pilhas, baterias, bem como qualquer acessório ou serviço de manutenção dos aparelhos.

Outros Materiais Elegíveis ao Plano Médico-hospitalar, desde que sejam autorizados pela Central de Saúde IBM

- Remoção aérea e marítima e a terrestre que ocorrer nos seguintes casos:
 - a) de local público ou privado que não seja unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento – ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestadores referenciados, conforme previsto na Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011; e
 - b) de unidade referenciada para outra não referenciada.
- Órteses e próteses destinadas ao restabelecimento de função ou estrutura corporal afetada por doença ou acidente. Ex.: próteses mamárias (apenas em casos de mastectomia radical), penianas, testiculares, oculares, articulares, lentes intraoculares implantadas em cirurgia de catarata, membros artificiais, marca-passos, próteses vasculares, válvulas cardíacas. Tais materiais são analisados pela Operadora Bradesco Saúde e seguirão os critérios técnicos pertinentes.
- Talas imobilizadoras, fundas para hérnia, coletes ortopédicos, suportes articulares e quaisquer outros aparelhos ortopédicos indispensáveis à recuperação da saúde além das próteses auditivas. Esse tipo de solicitação deverá ser previamente analisada e autorizada pela área médica da IBM.
- Muletas, cadeiras de rodas comuns, camas e colchões hospitalares, cilindro de oxigênio e nebulizadores. Despesas com aluguel

desses materiais também são elegíveis quando passíveis de uso por tempo determinado e aprovação da área médica da IBM. Em caso de incapacidade permanente, fundamentada em laudos médicos, admite-se a compra desses itens uma única vez. **Em caso de reposição, manutenção ou substituição, a despesa será de responsabilidade do Beneficiário.** Esse tipo de solicitação deverá ser previamente analisada e autorizada pela área médica da IBM.

- Calçados e palmilhas ortopédicas, desde que sejam confeccionados sob medida para o indivíduo, com exceção da palmilha para esporão de calcâneo, que já existe pronta. Excluem-se do plano quaisquer outros tipos de calçados ou palmilhas de uso genérico;
- Cintas para pós-operatório, desde que sejam recomendadas pelo cirurgião e limitadas a uma unidade por Beneficiário;
- Meias elásticas para varizes, limitadas a quatro pares por ano;
- Despesas com seringas, agulhas hipodérmicas e aplicação de injeções, desde que sejam relacionadas à utilização de medicamentos enquadrados nas regras do plano de medicamentos;
- Pistolas tipo “Vitajet”, mediante prescrição médica acompanhada de laudo em função da doença e limitadas a uma unidade por Beneficiário;
- Bolsas de colostomia;
- Lentes intraoculares, implantadas em substituição ao cristalino, dentro das especificações cobertas pelo plano médico IBM. Excluem-se as lentes multifocais e importadas.

- Em crianças de até 10 (dez) anos de idade: a primeira lente de contato após a cirurgia de catarata, lentes terapêuticas hidrofílicas e sua adaptação;
- Será elegível o reembolso de um aparelho para nebulização por titular, mediante apresentação de requisição médica e orçamento.
- Qualquer material importado, desde que com registro na ANVISA, será reembolsado no valor do similar nacional;
- Aquisição ou aluguel de aparelho de imobilização em substituição ao gesso, em caso de traumas, requerem prescrição médica e deverão ser analisados pela Central de Saúde IBM.

PLANO ODONTOLÓGICO

O plano odontológico IBM tem como objetivo auxiliá-lo com as despesas de tratamentos e serviços odontológicos, tanto suas como as de seus dependentes elegíveis ao plano médico, com ênfase na manutenção da saúde bucal em caráter preventivo.

Como Utilizar

Quando precisar utilizar a Rede Odontológica, você deverá selecionar o dentista que deseja consultando a Rede Credenciada Bradesco Dental, na Área de Beneficiários, pelo Portal Bradesco Dental: www.bradescodental.com.br, entrar em contato com o profissional ou clínica por telefone e agendar sua consulta.

As informações sobre os dentistas da Rede Credenciada constantes na Área de Beneficiários são atualizadas periodicamente, facilitando assim a marcação de sua consulta.

Compareça no dia e horário agendado e apresente o seu Cartão de Identificação acompanhado de seu documento de identidade.

No caso de necessidade de radiografia, você deverá comparecer a uma clínica radiológica credenciada, apresentar o pedido do seu dentista e o seu cartão em conjunto com um documento com foto. A clínica radiológica solicitará autorização para a realização de seu procedimento, e, assim, a radiografia será realizada.

Para os usuários elegíveis ao plano Rede Credenciada + Livre Escolha, o plano Bradesco Dental também oferece a opção de atendimento por um dentista de sua preferência pelo sistema de reembolso. Essa opção está disponível exclusivamente para o atendimento por profissionais ou clínicas não credenciados e para os procedimentos cobertos pelo plano.

Para solicitar o reembolso, você deverá imprimir o formulário Descrição de Serviços Odontológicos (DSO), disponível no Portal Bradesco Dental, na Área de Beneficiários, ou pela Fundação IBM. Após a realização do tratamento, o dentista deverá preencher, no formulário, o tratamento realizado e, em conjunto com o recibo de pagamento e radiografias, quando forem necessárias, o processo de reembolso poderá ser encaminhado para análise e pagamento.

Fique atento ao valor anual de referência, que é de R\$ 1.968,34. A partir desse valor, você poderá usar a Rede Credenciada ou solicitar reembolso no valor da Rede. Para saber os valores, consulte a prévia de reembolso pelo 0800 701 2731.

Cobertura Percentual

Você terá direito à cobertura dos percentuais conforme quadro abaixo:

Utilização pela Rede Credenciada

Funcionários e seus dependentes	Preventivo	Restaurativo	Ortodôntico
Funcionários	85%	70%	50%
Cônjuges IBM	97,75%	91%	75%

Utilização pelo plano Livre Escolha

Funcionários com direito a esse plano - reembolso

Funcionários e seus dependentes	Preventivo	Restaurativo	Ortodôntico
Funcionários	85%	70%	50%
Cônjuges IBM - ambos os cônjuges com direito ao Livre Escolha	97,75%	91%	75%
Cônjuges IBM - apenas 1 cônjuge com direito ao Livre Escolha	85%	70	50%

Procedimentos Elegíveis

- Preventivo: atendimento inicial e profilaxia;
- Restaurativo: dentisteria, prótese, endodontia, periodontia e cirurgia;
- Ortodôntico (ortodontia): colocação de aparelhos dentários, fixos ou móveis;
- Medicamentos prescritos por dentistas são elegíveis conforme as regras do plano de medicamentos IBM;
- Despesas com ferimentos acidentais na arcada dentária, caracterizados como de origem traumática violenta, e cirurgias bucomaxilofaciais são elegíveis conforme as regras do plano de atendimento médico-hospitalar.

Procedimentos não Elegíveis

Clareamento e implantes dentários não têm cobertura do plano odontológico IBM, independentemente de indicação clínica. Esses procedimentos também não estão incluídos no Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Prévia de Reembolso e Reembolso:

Caso você tenha dúvidas sobre os valores a serem reembolsados, você poderá utilizar nosso serviço de Cálculo Prévio antes de realizar o tratamento com o seu dentista particular. Para isso, é necessário que seu dentista preencha o formulário Descrição de Serviço Odontológico (DSO). Você deverá encaminhar a documentação para o e-mail: reembolsodental@bradescodental.com.br.

O seu cálculo será processado em até 2 (dois) dias úteis.

Os valores serão calculados com base na data da solicitação e nas informações fornecidas no formulário DSO, com finalidade exclusivamente informativa, podendo variar conforme a situação cadastral do Beneficiário na data efetiva de emissão do recibo e/ou Nota Fiscal ou realização dos procedimentos.

Checklist de Documentos para Reembolso

Para que o seu reembolso seja processado com agilidade e segurança, é muito importante que todos os documentos sejam enviados corretamente. O *checklist*, a seguir, pode auxiliá-lo nessa tarefa:

Itens a serem verificados

1. DSO preenchido com a descrição dos procedimentos, um em cada linha.	✓
2. Imagens inicial e final conforme indicado no verso do DSO.	✓
3. Recibo ou Nota Fiscal original em nome do Beneficiário titular, assinado e carimbado com o CRO e com o CPF/CNPJ do profissional.	✓
4. Valor total do Recibo compatível com os valores descritos no DSO.	✓

Os documentos descritos na página anterior devem ser reunidos e acondicionados para entrega no Posto de Atendimento de sua empresa ou em uma das nossas Sucursais.

Passo a passo para obter o DSO (formulário de reembolso):

- 1 - Acessar o site www.bradescodental.com.br;
- 2 - Acessar acesso Exclusivo > Área de Beneficiários;
- 3 - Inserir o número da carteirinha;
- 4 - Clicar no Reembolso Dental;
- 5 - Clicar: Adquira aqui o formulário de Reembolso;
- 6 - Imprimir o formulário Descrição de Serviço Odontológico (DSO).

PLANO PSICOTERÁPICO

O plano psicoterápico tem como objetivo auxiliá-lo com as despesas de tratamentos psicoterápicos, psicanalíticos ou psiquiátricos, em forma de sessões, tanto suas como as de seus dependentes elegíveis ao plano médico.

Limite Anual de Utilização e Percentual de Coparticipação/ Reembolso

Beneficiários e dependentes elegíveis poderão utilizar esse plano com a cobertura percentual da IBM até o limite anual de 50 (cinquenta) sessões. O limite não é cumulativo, ou seja, todo ano o saldo é zerado (janeiro a dezembro de cada ano), mesmo que esse limite não tenha sido totalmente utilizado.

Para os Beneficiários elegíveis ao plano Livre Escolha, será reembolsado o valor máximo de R\$ 51,00 por sessão realizada fora da Rede Credenciada.

A cobertura percentual respeitará o limite para cada consulta/sessão, bem como o limite anual para esse plano.

O percentual de coparticipação na Rede Credenciada Bradesco Saúde será conforme o quadro abaixo:

Beneficiário	Percentual de Coparticipação
Beneficiário	15%
Casal IBM	2,25%

Procedimentos Elegíveis

Enquadram-se aqui os tratamentos de psicoterapia, psicanálise e psiquiatria, constituídos por consultas frequentes (sessões), individuais ou em grupo, com ou sem prescrição de remédios.

Para efeito desse plano, mais de três consultas seguidas com o mesmo profissional, num período inferior a dois meses, deverão ser

classificadas como sessões psicoterápicas. A cobertura é de 50 (cinquenta) sessões ao ano por Beneficiário, desde que seja solicitada pelo profissional médico.

Consultas, testes e avaliações para definição de tratamento serão considerados como consultas médicas, limitadas a três ao ano por Beneficiário, e serão enquadradas no plano de atendimento médico-hospitalar.

PLANO DE MEDICAMENTOS

O plano de medicamentos IBM tem como objetivo auxiliá-lo com as despesas relacionadas a medicamentos e alguns equipamentos necessários em virtude de doenças, acidentes, lesões e ferimentos, tanto suas como as de seus dependentes elegíveis. Dessa forma, aplica-se a procedimentos voltados ao tratamento de doenças e recuperação da saúde, excluindo-se atividades de cunho estético, de promoção de saúde e preventivas.

Percentual de Reembolso

- O plano consiste no subsídio percentual de determinados medicamentos e de alguns equipamentos conforme as regras IBM;
- Beneficiários: 75% de reembolso;
- Casal IBM, ambos Beneficiários: 93,75% de reembolso.

Como Obter o Subsídio

Existem duas maneiras de o Beneficiário obter o subsídio de medicamentos:

- comprar o seu medicamento em uma das farmácias da Rede Credenciada Vidalink, pagando somente o valor da coparticipação.

ção no ato da compra, sem precisar pedir reembolso; ou

- comprar o medicamento fora da Rede Credenciada Vidalink e pedir o reembolso, também à Vidalink.

Rede Credenciada Vidalink

Para a compra de medicamento nas farmácias credenciadas, o Beneficiário deverá apresentar sua carteirinha de identificação Vidalink, a receita médica original e ter, em mãos, um documento de identificação com foto.

O titular não pode utilizar sua própria carteirinha a fim de adquirir medicamentos para seus dependentes.

Para consultar a Rede Credenciada de farmácias, acesse a Intranet de RH ou diretamente o site www.Vidalink.com.br.

Solicitação de Reembolso

Se a compra do medicamento for realizada fora da Rede Credenciada de farmácias Vidalink, o Beneficiário poderá pedir reembolso. Ele deverá preencher o formulário disponível no site da Vidalink (www.Vidalink.com.br), anexando todos os comprovantes originais dos recibos, Notas Fiscais e receitas, e enviar, por malote (envelope pardo), para plano de Medicamentos - TU07.

Quem trabalhar fora dos prédios IBM deve enviar para Rua Tutóia, 1.157 - Plano de Medicamentos - TU07 - CEP 04007-900, SP.

No caso de aposentados, basta que seja preenchida a carta resposta previamente enviada pela Vidalink.

Importante: mantenha cópia da documentação enviada até o recebimento do reembolso.

- O reembolso de medicamento deverá ser preenchido no formulário específico, separado de outros reembolsos médicos;
- A Nota Fiscal deverá discriminar os medicamentos ou demais despesas cobertas pelo plano, seus respectivos preços e ser acompanhada da respectiva prescrição médica original;
- **Se a prescrição do medicamento for para uso continuado ou prolongado, seu médico deverá informar, na receita, que o medicamento é de uso contínuo.** Nesse caso, o reembolso será solicitado com o envio da cópia da receita;
- Medicamentos receitados por telefone, fax ou cópia não são elegíveis a reembolso;
- **Os pedidos de reembolso do plano de medicamentos deverão ser apresentados para processamento, no máximo, em 60 (sessenta) dias a contar da data da emissão do recibo.** No entanto, no caso de recibos emitidos no último mês do ano, admitem-se que os pedidos sejam apresentados somente até o dia 31 de janeiro do ano subsequente;
- Cópias serão válidas e necessárias para solicitar o reembolso apenas nos casos de medicamentos sujeitos a controle especial, de tratamento continuado ou prolongado, desde que seja devidamente especificado na receita;

- Receitas de medicamentos de uso contínuo terão validade de um ano, a contar da data de sua emissão.

Medicamentos Elegíveis

São elegíveis todos os medicamentos voltados para o tratamento de doenças e recuperação da saúde, excluindo atividades de cunho estético e dermocosméticos, complementos vitamínicos e medicações preventivas.

Medicamentos Elegíveis com Autorização Prévia da IBM

- Medicamentos estrangeiros enquadráveis nas condições acima, sob as mesmas regras aplicadas aos nacionais e não experimentais, podendo ser adquiridos no Brasil ou no exterior. No caso de importação feita pelo Beneficiário, não são reembolsadas as despesas de frete e impostos. Apenas serão considerados medicamentos que não tiverem similares no Brasil e que estiverem incluídos nos protocolos clínicos das sociedades médicas;
- Medicamentos manipulados, desde que tenham a finalidade de tratamentos de doenças agudas ou crônicas, descritas no Código Internacional de Doenças (CID), e desde que seu(s) princípio(s) ativo(s) esteja/estejam em conformidade com a relação de medicamentos elegíveis ao plano, sem terem finalidade estética;
- Medicamentos para tratamento de impotência desenvolvida por patologias sistêmicas ou complicações pós-cirúrgicas;

- Reposição hormonal masculina ou feminina com doença secundária instalada;
- Medicamentos para tratamento de disfunção ovariana, quando associada à doença;
- Medicamentos para tratamento de obesidade mórbida, desde que seja apresentado o relatório médico do endocrinologista, justificando a necessidade da medicação, e mediante comprovação de eficácia com parâmetros definidos pela Central de Saúde IBM;
- Medicamentos utilizados para tratar osteoporose, desde que sejam anexados relatório médico e laudo da densitometria óssea;
- Medicamentos para anemia com componente de ferro, desde que sejam anexados o laudo do exame de sangue que caracterize anemia e a prescrição médica;
- Complemento vitamínico de uso exclusivo durante a gravidez, desde que seja anexado laudo do obstetra informando a duração do tratamento. Não serão cobertos em outros casos, independentemente da indicação;
- Homeopantias clássicas, que são manipuladas em escala decimal (D), centesimal (C), milesimal (M), em sua forma natural (TM), glóbulos, tabletes, pós triturados, gotas etc. Elas adotam nome ou abreviatura em latim, seguido de uso, diluição e forma. Ex.: *Calcarea ostrearum trit*; *Hepar sulphur 12C* tabletes, *Hydrartitis 3D*;
- Fitas de controle exclusivo de taxa de glicose na urina ou no sangue, usadas por pacientes diabéticos;

- Em caso de dúvidas, consulte a lista de medicamentos elegíveis no *site* da Vidalink.

Uma vez que esses medicamentos podem ser utilizados com outra finalidade que não a específica descrita acima, eles somente serão elegíveis mediante apresentação do relatório médico do especialista, justificando a necessidade. Esse relatório será avaliado pela área médica da IBM e deverá também ser enviado à Central de Saúde IBM, para verificação da elegibilidade de reembolso, pelo *e-mail*: **contato@centralsaude24h.com.br**.

Medicamentos sem Cobertura

- Fórmulas manipuladas, com uma substância ou mais, de qualquer natureza, para uso interno ou externo. Enquadram-se, nesse item, as fórmulas fitoterápicas, antroposóficas (fórmulas adquiridas prontas) e alopáticas cuja composição contenha elementos com nome em latim, por exemplo: *Hepatodoron, Monodoron, Fiotan, Emotival, Iperisan, derivados da ginkgo biloba, Pharmaton* etc.;
- Não são elegíveis fórmulas codificadas como, por exemplo, Fórmula 3, Fórmula XCD, Fórmula HTX-45. É necessária a discriminação dos componentes. Quaisquer dessas fórmulas não serão aceitas para reembolso, mesmo se prescritas por médicos homeopatas;
- Artigos de higiene, limpeza, revitalização, hidratação, tonificação ou proteção da pele, unhas ou cabelos, para adultos ou crianças, tais como sabonetes, xampus, talcos (mesmo que medicinais), óleos em geral (inclusive minerais), cremes, loções, filtros solares, desodorantes, repelentes,

tônicos capilares ou contra calvície, cosméticos, cremes/pomadas para assaduras, fraldas, entre outros;

- Medicamentos apresentados sob forma de xampus, sabonetes, loções e cremes só serão elegíveis ao plano quando destinados a tratamentos de doenças dermatológicas. Por exemplo: pediculose ou escabiose (piolho, sarna, piolho do púbis e carrapatos), conforme indicação da bula e prescrição médica. Tratamentos estéticos, como acne, pele seca, vitiligo etc., não são elegíveis;
- Esmaltes de qualquer espécie. Exceção é feita no tratamento de micose de unhas, caso em que será necessária a apresentação de laudo médico e tempo de uso;
- Medicamentos com dupla finalidade, das quais uma seja estética. Ex.: óleos minerais utilizados para prisão de ventre, que sejam indicados para amaciar a pele;
- Complementos alimentares de qualquer natureza, dietéticos ou não. Ex.: quaisquer tipos de leite, farinhas lácteas, sopas, geleias, gelatinas, concentrados de legumes ou frutas, chás, adoçantes, ervas diversas etc.;
- Vitaminas, tônicos, energizantes, geriátricos em geral, revitalizantes e similares;
- Produtos naturais em geral, industrializados ou não, usados isoladamente ou em formulações, exceto as homeopáticas clássicas, como, por exemplo: rosa mosqueta, castanha-da-índia, catuaba, hamamélis, espirulina, levedo de cerveja, própolis, confrei, alcachofra etc.;
- Pastas dentífricas em geral, aromatizantes bucais, pastilhas evidenciadoras, removedo-

res de placas, entre outros. Ex.: *Halitol, Sensodyne, Pastilhas Valda, Plax*, entre outros;

- Artigos de primeiros socorros, tais como mertiolate, mercurocromo, água oxigenada, iodo, curativos, esparadrapo, gaze e similares, exceto quando incluídos em despesas de hospitalização;
- Quaisquer tipos de anticoncepcionais: preservativos, diafragmas, espermicidas, pílulas, implantes hormonais, DIU hormonal e sua colocação etc. Excepcionalmente, serão elegíveis para reembolso quando forem prescritos para tratamento de distúrbios hormonais, devidamente comprovados por laudo médico;
- Quaisquer formas de medicina alternativa (Ex.: *shiatsu, do-in*, fitoterapia, moxabustão, ventosas, florais de Bach etc.);
- Despesas com aquisição de equipamentos como: bombas de insulina, vaporizadores/umidificadores (quando sua utilização for para aumentar a umidade relativa do ar ambiente), bolsas térmicas, tampões auditivos em geral, lâmpadas ultravioleta ou infravermelha, vibradores, massageadores, termômetros, aparelhos de pressão, estetoscópios, otoscópios, dosímetros de qualquer natureza, luvas e instrumental cirúrgico em geral, aparelhos de biofeedback, estimuladores elétricos, entre outros;
- *Kits* domésticos para diagnóstico ou acompanhamento de qualquer doença;
- Aparelhos eletrônicos para leitura das fitas de controle de taxa de glicose na urina ou no sangue (usadas por pacientes diabéticos), assim como as despesas de manutenção;
- Pomadas para cicatriz.

ANEXOS

Programa de Atenção Integral (PAI)

Todos os funcionários e aposentados IBM contam com um serviço de atendimento personalizado e diferenciado que os ajuda, bem como a seus dependentes, em situações de internação. A IBM tem contrato com uma equipe de gerenciamento médico que faz parte do Programa de Atenção Integral (PAI).

Quando há necessidade de utilizar o plano médico, algumas perguntas aparecem.

- 1) Onde procurar o profissional ou serviço que preciso?
- 2) Quem irá resolver os problemas burocráticos, como autorizações de exames, liberação de guias, reembolsos etc.?
- 3) Em que hospital devo ir quando tiver um problema de emergência?
- 4) Qual médico vai me acompanhar se eu ou algum dependente do meu plano médico for internado em emergência?
- 5) Quem vai avisar minha empresa sobre quando fui internado?
- 6) Saindo da internação de emergência, que médico irá acompanhar a continuação do meu tratamento?
- 7) Quem vai verificar se toda a equipe é credenciada para fazer o procedimento?

A equipe de gerenciamento do plano PAI é composta de médicos e enfermeiros que poderão auxiliá-lo em questões de gerenciamento de saúde e de seu plano médico, tais como: tirar dúvidas em relação à Rede

Credenciada, ajudar a negociar valores com o seu médico, fornecer prévias de reembolso no caso do plano Livre Escolha, dar suporte em caso de emergência médica, acompanhá-lo em caso de internação, entre outras.

O PAI está disponível 24 horas/dia, nos sete dias da semana, pela Central de Saúde IBM (contatos na seção Anexos - Endereços e Contatos Importantes).

Veja abaixo o nome de alguns dos integrantes da equipe técnica com quem poderá entrar em contato para a obtenção de informações que o auxiliarão, se preciso: Dr^a. Fernanda Pavarini, Dr^a. Maria Helena Graça, Enf. Maria Goretti Ayres e Enf. Denise Figueiredo.

Endereços e Contatos Importantes

Endereços:

São Paulo - IBM Tutóia
Rua Tutóia, 1.157, Vila Mariana
São Paulo - SP
CEP: 04007-900

Rio de Janeiro - IBM Pasteur
Av. Pasteur, 138/146, Botafogo
Rio de Janeiro - RJ
CEP: 22290-903

São Paulo - IBM Hortolândia
Rodovia Jornalista Francisco Aguirre
Proença, KM 09 (SP 101).
Chácaras Assay - Hortolândia - SP
CEP: 13186-900

Canais de atendimento

Central de Saúde IBM

- Contato: 4005-1555 (ligação local - Rio de Janeiro, Campinas, São Paulo, Brasília, Belo Horizonte e Curitiba) ou 0800 941 1555 para outras localidades.

Central de Relacionamento Bradesco Saúde

- Contato: 0800 701 2731

Pontos focais Bradesco Saúde na IBM:

- Contatos
 - Pasteur: (21) 2132-5242/
planmed2@br.ibm.com
 - Hortolândia: (19) 2132-1817/
plamedho@br.ibm.com
 - Tutóia e demais localidades:
(11) 2132-3441/planmed1@br.ibm.com

Pontos focais Vidalink:

- Contatos
 - Pasteur: (21) 2132-5903
farmarj@br.ibm.com
 - Tutóia e demais localidades:
(11) 2132-5034 - farmasp@br.ibm.com
 - 0800 774 0000
 - ocorrencia@Vidalink.com.br

International SOS

Serviço de atendimento médico 24 horas no exterior durante viagens a negócio.

Escopo de atendimento: informação preventiva anterior a sua viagem, assistência médica telefônica de rotina, envio de medicação e receitas médicas, monitoramento médico, assistência médica em emergências, repatriação supervisionada por médicos, referências legais, transmissão de mensagens de emergência, traduções e intérpretes, transporte terrestre e alojamento de familiares.

Contato:

Se você está ligando de:	Entre em contato com o centro:	No número:
EUA ou Canadá	Filadélfia	1-800-523-6586 Call collect: 1-215-942-8226
México ou América do Sul	Filadélfia	1-800-523-6586 Call collect: 1-215-942-8226
Europa, África ou Oriente Médio	Londres	Call collect: 00-44-208-762-8008
Ásia, Austrália ou Pacífico	Cingapura	Call collect: 65-6338-7800

Responsáveis pelo plano médico

- Luciana Camargo - Human Resources Director, IBM Brazil
- Artur Augelli - Human Resources, Brazil Benefits Manager
- Danielle Carvalho - Analista de Benefícios Médicos (21) 2132-4416/Tie line 831-4416/danicl@br.ibm.com
- Fernanda Amon – Analista de Benefícios Médicos (21) 2132-4959/Tie line 831-4959/famon@br.ibm.com