

Manual do Corretor Bradesco Saúde e Bradesco Dental Empresarial

O guia que vai ajudá-lo a oferecer um atendimento ainda melhor aos seus Clientes.



Bradesco Seguros

ÍNDICE

SAÚDE

• Sobre a Bradesco Saúde	04
• Relacionamento Bradesco Saúde - Corretor	05
• Produtos	06
• Modalidade de Inclusão.....	07
• Opções de cobertura	07
• Acomodações	07
• Coparticipação	08
• Formação do preço	08
• Modalidade de Pagamento	08
• Reajuste por mudança de faixa etária	09
• Condições contratuais	10
• Grupo Segurável.....	11
• Solicitação de Estudo/Proposta	11
• Linhas de planos	12
• Tabela de planos.....	14
• Prazos para liberação de senha	15
• Reembolso	15
• Carência.....	20
• Implantação de apólice e inclusão de Beneficiários	22
• Diferenciais da Bradesco Saúde	25
• Canais importantes	29

DENTAL

• Sobre a Bradesco Dental	31
• Relacionamento Bradesco Saúde - Corretor	32
• Pós -venda Bradesco Dental Empresarial	33
• Produtos Bradesco Dental Empresarial.....	34
• Planos	35
• Abrangência	36
• Modalidade de Inclusão	36
• Formas de Contratação	36
• Reajuste do Contrato	37
• Vigência e Renovação do Contrato	37
• Grupo Segurável.....	37
• Rede UNNA	38
• Solicitação de Estudo/Proposta	39
• Reembolso	40
• Carência.....	42
• Documentação necessária para implantação de apólice	42
• Diferenciais da Bradesco Dental	44
• Canais importantes	47

PREZADO CORRETOR,

Quem comercializa seguros sabe que solidez, segurança e qualidade são fundamentais para atender às necessidades dos Clientes e garantir o sucesso das vendas.

Por isso, desenvolvemos o **Manual do Corretor Bradesco Saúde e Bradesco Dental Empresarial** com o objetivo de fornecer todas as informações que você precisa para aprimorar suas vendas. Aqui você encontra as principais características dos nossos produtos e informações técnicas a serem observadas para o fechamento de novos negócios.

Estamos à disposição para apoiá-lo sempre que for necessário. Conheça os nossos produtos e boas vendas!

Atenciosamente,
Bradesco Seguros

Sobre a **Bradesco Saúde**



Atuando na área de seguro-saúde desde 1984, a Bradesco Saúde tornou-se líder no mercado de saúde suplementar brasileiro devido à atenção dada às necessidades dos Beneficiários e parceria com a Rede Referenciada.

Sinônimo de **qualidade, credibilidade, solidez e segurança**, a Bradesco Saúde está presente em todo o território nacional, com produtos criados para atender ao segmento empresarial da melhor forma possível:

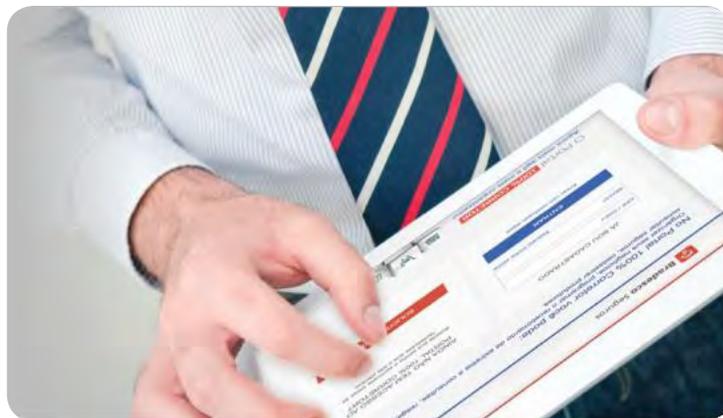
- ✓ Na diversidade dos produtos e nas opções de contratação;
- ✓ Na abrangência da Rede Referenciada, composta por profissionais reconhecidos e centros de referência em todos os campos da medicina;
- ✓ Na valorização do sistema de atendimento, por meio de constantes investimentos em informatização e treinamento de pessoal especializado;
- ✓ Na tecnologia empregada em suas operações.

A empresa conta atualmente com aproximadamente **4,5 milhões de Beneficiários**, sendo que, desses, **96% são de planos coletivos**.

A Bradesco Saúde é controladora integral da Mediservice, empresa dedicada à operação de planos de saúde na modalidade de administração por pós-pagamento.

Tudo isso contando com a tradição e segurança do Grupo Bradesco, que garante a excelência de seus produtos.

Relacionamento Bradesco Saúde - Corretor



SITE 100% CORRETOR

O Site **100% Corretor** é um ambiente exclusivo, muito prático e simples, criado especialmente para você, Corretor.

Por intermédio dele, você tem acesso a serviços e notícias do Grupo Bradesco Seguros, de qualquer lugar e a qualquer hora do dia, proporcionando maior controle, agilidade e aumentando, ainda mais, o seu potencial de negócios.

Cadastrado no site **100% Corretor**, você pode consultar:

-  Perfil de Clientes
-  Material de apoio à venda
-  Informe de rendimentos
-  Novidades em produtos e serviços
-  Rede Referenciada
-  Solicitação de Estudo
-  Cadastro de produtores

Acesse o link no Portal Bradesco Seguros:
bradescoseguros.com.br

Relacionamento Bradesco Saúde - Corretor

Pós-venda por intermédio de Equipe Dedicada

A Bradesco Saúde mantém uma estrutura de pós-venda, por intermédio de equipe exclusiva localizada nas sucursais, voltada para o suporte aos Corretores e Clientes e habilitada à fornecer as informações e o atendimento necessários à manutenção do plano de saúde.

Universeg

É extremamente importante que você detenha conhecimento completo sobre os serviços contemplados no Seguro-Saúde para que possa orientar corretamente o proponente. Bem informado, você conseguirá melhores resultados de vendas!



Com esse intuito, a Bradesco Saúde disponibiliza, pela Universeg, cursos de treinamento para que você conheça as características dos nossos produtos e os nossos diferenciais competitivos. Além de se familiarizar com o Sistema de Saúde Suplementar no Brasil, com a regulação do setor, dentre outros aspectos.

Por tudo isso, é importante mantermos a nossa marca cada vez mais **forte** e **presente** no mercado. Para isso, contamos com a sua ajuda, Corretor, na continuidade do nosso trabalho, zelando sempre pela ética, qualidade e responsabilidade em nossos negócios.

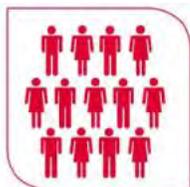
Produtos

A Bradesco Saúde possui planos **adaptados ao perfil de cada empresa**:

EMPRESARIAL 200: de 200 a 499 vidas.

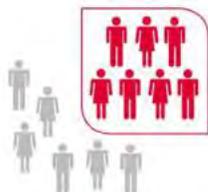
EMPRESARIAL 500: com 500 vidas ou mais.

Modalidade de **inclusão**



Compulsória:

Inclusão de todo o grupo segurável, desde que na totalidade do grupo ou subgrupo definido, e independente do tamanho do quadro funcional do Contratante. Válida para os titulares e todos os seus dependentes.



Opcional:

Não há obrigatoriedade de inclusão de todo o grupo segurável vinculado ao Contratante.

Opções de **cobertura**



Plano Completo:

Garante a assistência nos segmentos ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, abrangendo a cobertura de despesas relativas a consultas, exames simples e especiais, terapias, tratamentos ambulatoriais e internações clínicas ou cirúrgicas.

Disponível para todos os planos.

Plano Hospitalar com Obstetrícia:

Planejado para atender, principalmente, aos eventos relacionados a grandes riscos do segmento hospitalar com obstetrícia. Garante a cobertura de despesas médicas e hospitalares relativas a internações clínicas ou cirúrgicas.

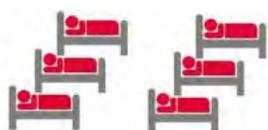
Exclusivo para os planos Nacional Plus e Nacional.

Acomodações



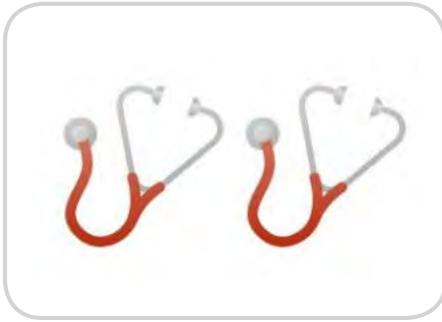
A Bradesco Saúde disponibiliza dois padrões de acomodação hospitalar:

- **Quarto individual**
(para todos os planos);



- **Enfermaria**
(exceto para o Premium e o Nacional Plus).

Coparticipação



Coparticipação Ambulatorial:

é um mecanismo de regulação onde o Beneficiário participa financeiramente no valor dos procedimentos cobertos relativos a pequeno risco (consultas, exames e terapias). São diversas opções de percentuais e a coparticipação será limitada a 40% (quarenta por cento) do valor do evento.

Coparticipação em Internação:

aplicada a procedimentos de grande risco (internações para eventos clínicos ou cirúrgicos), consiste no desconto de um valor fixo, predeterminado, em reais, a cada internação realizada. O Plano Perfil e o Nacional Flex não contemplam essa opção.

A inclusão da coparticipação é opcional.

Formação do preço



Pré-pagamento:

O valor da mensalidade é calculado previamente com base nas coberturas contratadas pela empresa Contratante do seguro-saúde.

Pós-pagamento:

O valor da mensalidade é definido como a soma dos sinistros ocorridos no período anterior, acrescida de taxa de administração. Nessa modalidade, a empresa Contratante assume integralmente o risco do plano. Modalidade também denominada "Administrada" e sujeita à análise prévia da seguradora.

Modalidade de pagamento



Faixa etária:

Pode ser realizado nas modalidades compulsória e opcional.

Custo médio:

Disponível exclusivamente na modalidade compulsória.

Reajuste por mudança de faixa etária



- O valor do prêmio inicial do seguro será diretamente proporcional à idade dos Beneficiários incluídos na apólice.
- Durante a vigência do seguro, esse valor estará sujeito a reajuste por mudança de faixa etária de cada Beneficiário incluído na apólice, que incidirá sobre o valor do prêmio imediatamente anterior.

O acréscimo referente ao reajuste incidirá no mês seguinte àquele em que ocorrer o ingresso do Beneficiário na idade prevista na faixa etária imediatamente superior.

Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária ocorrem de forma independente do reajuste anual do prêmio.

Da faixa etária

Até 18 anos
de **19** a **23** anos
de **24** a **28** anos
de **29** a **33** anos
de **34** a **38** anos
de **39** a **43** anos
de **44** a **48** anos
de **49** a **53** anos
de **54** a **58** anos

Para a faixa etária

de **19** a **23** anos
de **24** a **28** anos
de **29** a **33** anos
de **34** a **38** anos
de **39** a **43** anos
de **44** a **48** anos
de **49** a **53** anos
de **54** a **58** anos
de **59** anos em diante

Alternativamente ao reajuste por mudança de faixa etária, existe a opção de cobrança por custo médio. Nessa modalidade, não há aplicação de reajuste por faixa etária.

Condições **contratuais**

PRODUTO	EMPRESARIAL 200	EMPRESARIAL 500
VIDAS	De 200 a 499	A partir de 500
MODALIDADE DE INCLUSÃO	Compulsória ou Opcional	Compulsória ou Opcional
OPÇÕES DE COBERTURA	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia • Hospitalar com Obstetrícia* 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia • Hospitalar com Obstetrícia*
ACOMODAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Quarto individual • Enfermaria ** 	<ul style="list-style-type: none"> • Quarto individual • Enfermaria **
COPARTICIPAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia: Sem ou com Coparticipação • Hospitalar com Obstetrícia: Sem ou com Coparticipação 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia: Sem ou com Coparticipação • Hospitalar com Obstetrícia: Sem ou com Coparticipação
MODALIDADE DE PAGAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Faixa Etária: Compulsória e Opcional • Custo médio: Compulsória 	<ul style="list-style-type: none"> • Faixa Etária: Compulsória e Opcional • Custo médio: Compulsória
INÍCIO DA VIGÊNCIA	1º dia útil do mês	1º dia útil do mês
VIGÊNCIA DA APÓLICE	24 meses	24 meses
VENCIMENTO DA FATURA	Data do início da vigência	Data do início da vigência
REAJUSTE	<ul style="list-style-type: none"> • Financeiro • Por Sinistralidade (experiência do grupo de apólices de 200 até 999 vidas e da apólice) • Por Faixa Etária*** 	<ul style="list-style-type: none"> • Financeiro • Por Sinistralidade <ul style="list-style-type: none"> - Apólices de 500 a 999 vidas: experiência do grupo de apólices de 200 a 999 vidas e da apólice - Apólices com 1000 ou mais vidas: experiência da apólice • Por Faixa Etária***

* Exclusivo para os planos Nacional Plus e Nacional.

** Exceto para os planos Premium e Nacional Plus.

*** Se contratada esta modalidade.

Beneficiário Titular

- Sócios, administradores e diretores
- Empregados
- Trabalhadores temporários
- Estagiários*
- Menores Aprendizizes com idade entre 14 e 24 anos*
- Prestadores de serviço: pessoa jurídica*
- Expatriados/Estrangeiros*
- Afastados
- Demitidos e aposentados: conforme a Resolução Normativa nº 195, da ANS

* Consulte o item Documentação Necessária.

Beneficiário Dependente

- Cônjuge
- Companheiro(a): havendo união estável na forma da lei, sem concorrência com o cônjuge
- Filhos: solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até com até 21 anos ou, se estudantes universitários, até 24 anos
- Filhos inválidos, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da Declaração de Imposto de Renda do Beneficiário titular

Solicitação de **Estudo/Proposta**

A solicitação da proposta deve ser realizada diretamente com a sucursal. Para facilitar, disponibilizamos, no Site 100% Corretor, um formulário com todos os dados necessários à cotação.

Validade	
Estudo	30 (Trinta) dias a partir da emissão
Proposta	30 (Trinta) dias a partir da emissão

Após a implantação da apólice, os Beneficiários receberão o **Welcome Kit**, que contém o Cartão de Identificação Bradesco Saúde, o Manual do Beneficiário e a Lista de Referenciados.

Os kits seguirão para o Cliente em um prazo de até 15 (quinze) dias úteis. Esse prazo pode variar, dependendo da localidade e do tipo de entrega.

Linhas de planos

Premium

Esse plano é ideal para quem deseja a tranquilidade de ser bem cuidado com a vantagem de ser exclusivo, pois oferece atendimento em todas as regiões do Brasil, contemplando hospitais que são referência em serviços de saúde no país, além de coberturas diferenciadas, tais como:

- Fisioterapia e consulta domiciliar (na modalidade de reembolso)
- Cirurgia refrativa independente do grau de refração
- Escleroterapia
- Acompanhante de paciente de qualquer idade internado
- Check-up anual para titulares e dependentes a partir de 39 anos de idade*
- Benefícios do Bradesco Saúde Concierge



Bradesco Saúde Concierge

O plano dispõe também de diversas opções de reembolso, para atendimentos no Brasil e no Exterior.

* Cobertura prevista para utilização em prestadores selecionados nas seguintes regiões: Rio de Janeiro (RJ), Volta Redonda (RJ), São Paulo (SP), Campinas (SP), Rcio Horizonte (MG), Curitiba (PR), Porto Alegre (RS), Salvador (BA) e Recife (PE), enquanto vigorarem os contratos e os acordos com as empresas que os operam.

Nacional Plus

Atendimento diferenciado, conforto e qualidade. Esse plano foi pensado para atender a quem procura por uma Rede Referenciada exclusiva, disponível em todas as regiões do Brasil, pois conta com hospitais que são referência em serviços de saúde no país. Possui flexibilidade na escolha de padrão de reembolso, que é válido para atendimento no Brasil e no exterior.

Nacional

Comodidade de atendimento em todas as regiões do Brasil e as vantagens de uma ampla Rede de Referenciados. Um de seus principais benefícios é o acesso à diversas opções de padrões de plano, que preveem diferentes múltiplos de reembolso para atendimentos realizados no Brasil e Exterior.

Nacional Flex

Atendimento em todas as regiões do Brasil, com valores acessíveis, por meio de uma rede integrada de serviços adequada às necessidades dos Beneficiários. Oferece reembolso em caso de atendimento no Brasil.

Preferencial Plus

Para a empresa que necessita de um plano com cobertura regional, essa pode ser a opção ideal. O Preferencial Plus conta com atendimento nos principais municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, por meio de uma ampla Rede de Referenciados disponibilizados nessas localidades. Dentre seus benefícios estão reembolso em caso de atendimento no Brasil e no Exterior.

Consulte no site 100% Corretor as regiões que estão em comercialização.

Perfil

Uma solução personalizada de acordo com a necessidade do Cliente.

Com atendimento regionalizado, busca a melhor relação custo-benefício.

Possui uma rede integrada de serviços adequada às necessidades dos Beneficiários. Dentre os seus diferenciais estão cobertura de urgência e emergência nas principais capitais do país.

Também será observada a composição dos municípios da região contratada no caso de reembolso de despesas realizadas em sistema de livre escolha, respeitando-se os limites contratuais.

Não haverá reembolso das despesas efetuadas fora dos municípios que compõem a região contratada.

Consulte no site 100% Corretor as regiões que estão em comercialização.

Tabela de planos

PLANO	Abrangência Geográfica	Segmentação Assistencial	Código do Plano	Tipo de Acomodação	Múltiplo de Reembolso de Honorários e Despesas Médicas			Rede Referenciada	Múltiplo de Reembolso de Despesas Hospitalares				
					Paciente não Internado		Paciente Internado						
					Honor.	Serviços	Honor.			Serviços			
PREMIUM	Nacional		TP06	Quarto	6	6	12	Nacional Plus	1.4				
			TP08	Quarto	8	8	14						
			TP10	Quarto	10	10	15						
NACIONAL PLUS*	Nacional		NP03	Quarto	3	3	6	Nacional Plus	1.4				
			NP04	Quarto	4	4	8						
			NP05	Quarto	5	5	10						
			NP06	Quarto	6	6	12						
			NP08	Quarto	8	8	14						
			TNE1	Enfermaria	1	1	1						
			EN07	Enfermaria	2	1	1						
			EN17	Enfermaria	2	1	2						
NACIONAL*	Nacional	Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia	TNQ2	Quarto	1	1	2	Nacional	1				
			TQN2	Quarto	2	2	2						
			TON3	Quarto	3	3	3						
			ON06	Quarto	2	1	2						
			ON16	Quarto	4	4	4						
			ON18	Quarto	6	6	6						
			QN25	Quarto	5	5	5						
			FXE1	Enfermaria	1	1	1						
			FXQ2	Quarto	1	1	2						
			NACIONAL FLEX	Nacional		FXE1	Enfermaria			1	1	Nacional Flex	1
						FXQ2	Quarto			1	1		
			PREFERENCIAL PLUS	Grupo de Municípios		TPPE	Enfermaria			1	1	Preferencial Plus	1
						TPPQ	Quarto			1	1		
			PERFIL	Grupo de Municípios		FCE1	Enfermaria			1	1	Perfil	1
						FCQ2	Quarto			1	1		
NACIONAL PLUS	Nacional	Hospitalar com Obstetrícia	HNP3	Quarto	3	3	Nacional Plus	1.4					
			HNP4	Quarto	4	4			8				
			HNP5	Quarto	5	5			10				
			HNP6	Quarto	6	6			12				
			HNP8	Quarto	8	8			14				
			HNE1	Enfermaria	1	1			1				
			HNQ2	Quarto	1	1			2				
			NACIONAL	Nacional		HNE1			Enfermaria	1	1	Nacional	1
HNQ2	Quarto	1				1	2						

* Para o Nacional Plus e o Nacional Quarto, existem outras opções de reembolso. Para mais informações, contate a Operadora.

Prazos para **liberação de senha**

Quando da realização de alguns procedimentos na Rede Referenciada é necessário que o prestador de serviço solicite à Bradesco Saúde uma autorização prévia, para verificação de cobertura contratual e elegibilidade. Caso todos os requisitos para autorização sejam preenchidos, a Central de Atendimento fornecerá uma senha.

Conheça abaixo os prazos a partir do recebimento da documentação devida:

PROCEDIMENTO	PRAZOS
Internação de Urgência	liberação imediata , desde que não haja necessidade de relatório médico
Radioterapia	3 (três) dias úteis
Oncologia	5 (cinco) dias úteis
Transplante	5 (cinco) dias úteis
Internação Eletiva/Cirurgia sem Material Especial	5 (cinco) dias úteis
Obesidade Mórbida	10 (dez) dias úteis
Cirurgia com Material Especial	15 (quinze) dias úteis

Reembolso

O Beneficiário poderá utilizar qualquer serviço que esteja coberto pelo seguro-saúde com um prestador de sua livre escolha que não faça parte da Lista de Referência, desde que sejam respeitados a área de atuação contratada e os limites contratuais.

A Bradesco Saúde fará a análise técnica e o processamento do reembolso, conforme as coberturas e limites contratuais do seguro, inclusive nos casos de urgência e emergência, contados a partir do recebimento pela Operadora de toda a documentação relacionada no item Documentação Necessária para Solicitação de Reembolso, de acordo com o procedimento realizado.

O crédito do valor a ser reembolsado será efetuado diretamente na conta-corrente do Beneficiário titular. Para que o reembolso seja efetuado com segurança, é importante que os dados da conta-corrente do Beneficiário estejam sempre atualizados junto à empresa.

Reembolso

Documentação Necessária para Solicitação de Reembolso:

O Beneficiário deverá observar o prazo máximo de 1 (um) ano, a partir da data de ocorrência do evento, para apresentação dos pedidos de reembolso.

Para o efetivo reembolso, o Beneficiário deverá apresentar toda a documentação relacionada no formulário denominado Envelope para Solicitação de Reembolso, o qual deverá ser devidamente preenchido com os dados cadastrais do Beneficiário Titular.

O formulário de reembolso está disponível no Portal bradescosaude.com.br

Veja abaixo a documentação necessária para a solicitação de reembolso dos procedimentos mais utilizados:

Consulta Médica

Para a solicitação de reembolso das consultas médicas realizadas em prestadores não Referenciados, 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 Referenciado, 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.

* Em caso de exames de genética, há documentação específica, que está relacionada no Manual do Beneficiário.

Reembolso

Procedimentos Ambulatoriais

Quando da realização de cirurgias de pequeno porte ou atendimentos em prontos-socorros, em prestadores não Referenciados, o Beneficiário deverá apresentar:

- a) Relatório médico datado, assinado e carimbado, no qual devem constar: nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, deverá ser apresentada a correspondente indicação clínica, contendo a descrição detalhada das lesões e os procedimentos realizados para cada uma delas e os resultados dos principais exames pré e pós-operatórios;
- b) Laudo anatomopatológico, se houver;
- c) Boletim operatório, se houver;
- d) Recibo, original e quitado, contendo: nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, especialidade, assinatura e carimbo); ou
- e) Nota Fiscal, original e quitada, contendo: nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, razão social e CNPJ do estabelecimento.

Nos documentos citados nas alíneas "a", "b" e "e", devem constar as descrições dos materiais, medicamentos, taxas e outras eventuais despesas, com seus respectivos valores unitários.

* Caso o procedimento realizado seja a Vasectomia/Laqueradura Tubária e/ou as Cirurgias Refrativas, deverão ser observadas as informações complementares constantes no Manual do Beneficiário.

Internação, inclusive as de Natureza Obstétrica

As internações clínicas ou cirúrgicas que venham a ser realizadas em hospitais que não façam parte da Rede Referenciada do produto contratado serão reembolsadas nas seguintes condições:

Honorários Médicos

Para a solicitação do reembolso da equipe médica e/ou do médico assistente que tenha realizado o atendimento durante o período de internação, o Beneficiário deverá apresentar:

- a) Relatório médico datado, assinado e carimbado, no qual devem constar: nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, justificativa para a internação, descrição e período do atendimento;
- b) Laudo anatomopatológico, se houver;
- c) Boletim operatório com a descrição do ato cirúrgico;

Reembolso

- d) Laudo dos exames de imagem e laboratoriais pré e pós-operatórios relacionados à doença;
- e) Pareceres de especialistas relacionados à doença, se houver;
- f) Recibo, original e quitado, emitido pelo médico, contendo: nome do paciente, valor pago, descrição e período do atendimento e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, especialidade, assinatura e carimbo); ou
- g) Nota Fiscal, original e quitada, emitida pelo hospital, contendo: nome do paciente, valor pago, descrição e período do atendimento, razão social e o CNPJ do estabelecimento.

² Caso o procedimento realizado seja a Vasectomia/Laqueadura Tubária, deverá ser observada a informação complementar constante no Manual do Beneficiário.

Fisioterapia, Fonoterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição

Quando o Beneficiário optar por um prestador não Referenciado para realização das terapias descritas nesse item, o reembolso deverá ser solicitado mediante a apresentação de:

- a) Relatório médico datado, assinado e carimbado, realizado exclusivamente por profissional médico regularmente inscrito no CRM, no qual devem constar: nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e justificativa para a terapia indicada e o correspondente planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas para um determinado período de tempo); além de recibo, original e quitado, contendo: nome do paciente, número de sessões e as datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição da terapia e dados do profissional que realizou a terapia (nome, CPF e número de inscrição no respectivo Conselho Regional - CREFITO-F, CRP/CRM, CRFa, CREFITO-TO, CRN, endereço, telefone, assinatura e carimbo); ou
- b) Nota Fiscal, original e quitada, contendo, além de todas as informações descritas na alínea anterior, razão social e CNPJ do estabelecimento onde foi/foram realizada(s) a(s) sessão(ões) de terapia. Caso a terapia seja realizada de forma continuada, o relatório médico, descrito na alínea "a", deverá ser atualizado 4 (quatro) meses após sua emissão. Quando da realização de fisioterapia, adicionalmente, deverá ser enviado laudo do exame de imagem realizado relacionado à patologia, se houver, e que justifique a indicação da referida terapia. Quando da realização de consulta com nutricionista, adicionalmente, deverão ser enviados laudos e exames relacionados à patologia e que justifiquem a indicação da referida terapia.

Atenção:

Recomenda-se que o Beneficiário, antes de enviar todos os documentos originais com a Solicitação de Reembolso, tire cópia e as guarde para a Declaração de Imposto de Renda.

Reembolso

Prévia de Reembolso:

Ao programar uma cirurgia ou qualquer outro procedimento eletivo, é muito importante que, antes do evento, o Beneficiário solicite uma previsão do valor de reembolso que receberá.

Para conhecer os valores de reembolso a que terá direito na utilização de um determinado serviço coberto pelo seguro-saúde, o Beneficiário deverá ligar para a Central de Relacionamento com o Cliente, cujo telefone consta no verso do Cartão de Identificação. Basta fornecer o nome técnico do procedimento ou da cirurgia a ser realizada, o orçamento da cirurgia fornecido pelo médico e a data do evento a ser realizado.

Atenção:

Os valores fornecidos por telefone estão sujeitos a alterações quando da análise técnica dos documentos, pois é com base neles que a Operadora verifica o tratamento efetivamente realizado.

Em alguns casos, poderá haver necessidade de envio de documentação complementar, tais como: laudo de exames, relatório médico, entre outros.

Não informamos prévia de despesas hospitalares nem de despesas realizadas no exterior.

Prazo para Cálculo da Prévia do Reembolso:

- Beneficiários Bradesco Saúde:
prazo de 5 (cinco) dias úteis;
- Beneficiários Bradesco Saúde Concierge:
prazo de 1 (um) dia útil.



Pagamento de Reembolso:

A Bradesco Saúde fará a análise técnica e o processamento do reembolso, conforme as coberturas e os limites contratuais do seguro, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, entretanto, tem como meta os prazos a seguir:

- Consultas Médicas e Exames Simples: em até 5 (cinco) dias úteis;
- Demais Procedimentos (exames complexos, cirurgias, entre outros): em até 15 (quinze) dias úteis;
- Demais procedimentos para o Bradesco Saúde Concierge: de 7 (sete) a 10 (dez) dias úteis (se via "courier" ou entrega na Sucursal, respectivamente).



O prazo para pagamento de reembolso começará a contar a partir do momento da entrega de toda a documentação necessária.

A Bradesco Saúde oferece canais para que o Beneficiário acompanhe o status do seu pedido de reembolso:

- Site do Segurado (no portal Bradesco Saúde);
- Aplicativo para iPhone® e iPad®;
- Internet Banking (aba Seguros).

Carência

Carência

É o tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de ingresso do Beneficiário na apólice, durante o qual esse não poderá usufruir das coberturas garantidas pelo plano até que sejam cumpridos os prazos previstos em contrato.

Os Beneficiários estarão isentos do cumprimento dos prazos de carência adiante, nos casos de inclusão em até 30 (trinta) dias da data de vigência da apólice ou de sua elegibilidade ao plano:

Plano Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia:

PROCEDIMENTO	PRAZOS	
	ANS	BRADESCO SAÚDE
a) Urgência e Emergência	24 horas	24 horas
b) Consultas e Exames simples que não necessitam de autorização prévia	180 dias	15 dias
c) Fisioterapia, exceto nos casos de acidente pessoal	180 dias	90 dias
d) Parto a termo	300 dias	300 dias
e) Demais casos	180 dias	180 dias

e1) cirurgias em geral e internações clínicas, bem como exames complementares e terapias que necessitem de autorização prévia. Exceção será feita aos procedimentos previstos nas alíneas "c" e "e2";

e2) hemodiálise e diálise peritoneal, radioterapia e quimioterapia, transplantes e implantes de qualquer natureza, cirurgias neoplásicas malignas, cirurgias cardíacas, vasculares e neurológicas (inclusive hérnia de disco intervertebral).

Plano Hospitalar com Obstetrícia:

PROCEDIMENTO	PRAZOS	
	ANS	BRADESCO SAÚDE
a) Urgência e Emergência	24 horas	24 horas
b) Parto a termo	300 dias	300 dias
c) Demais casos	180 dias	180 dias

c1) cirurgias em geral e internações clínicas. Exceção será feita aos procedimentos previstos na alínea "c2";

c2) procedimentos considerados especiais descritos no contrato, transplantes e implantes de qualquer natureza, cirurgias neoplásicas malignas, cirurgias cardíacas, vasculares e neurológicas (inclusive hérnia de disco intervertebral).

As carências aplicadas são inferiores as estabelecidas na legislação atual por liberalidade da Bradesco Saúde.

Aproveitamento de carências de empresas congêneres

Beneficiários oriundos de planos de empresas congêneres (veja listagem adiante) poderão ter direito ao aproveitamento de carências desde que:

- Estejam em plano regulamentado pela Lei 9.656/98;
- Haja compatibilidade de padrão entre o plano de origem (congénera) e o plano de destino (Bradesco Saúde);
- Apresentem a última fatura do plano de origem quitada caracterizando a inexistência de descontinuidade na cobertura; e
- Comprovem o prazo de permanência no plano de origem.

Não haverá aproveitamento de carência para parto.

Empresas Congêneres:

Amil/Medial; Allianz; Care Plus; Cassi; Golden Cross; Marítima; Mediservice; Omint; One Health; Porto Seguro; São Bernado Saúde; Sul América; Unimed; Lincx e Notre Dame.

CPT - Cobertura Parcial Temporária

Se, na avaliação da Declaração de Saúde ou do Exame Médico para Avaliação de Risco, for identificada alguma patologia ou lesão de que o proponente a Beneficiário - titular ou dependente - seja portador, a Operadora aplicará a Cobertura Parcial Temporária (CPT). A aplicação da CPT deve ser precedida da concordância expressa do proponente a Beneficiário titular.

A **CPT** é composta por um período de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da inclusão do Beneficiário, no qual o mesmo, quando portador e sabedor de doença e lesão preexistentes, não poderá fazer uso dos seguintes procedimentos:

- Procedimento de Alta Complexidade (PAC);
- Internação em leitos de alta tecnologia;
- Eventos cirúrgicos.

Em qualquer dos casos descritos, o atendimento deve estar relacionado a doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente a Beneficiário ou por seu representante legal, bem como constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e suas atualizações.

Para as apólices com 30 vidas ou mais, haverá isenção de CPT para as inclusões realizadas em até 30 (trinta) dias da data de vigência da apólice ou da admissão do Beneficiário.

Implantação de apólice e inclusão de Beneficiários

Apresentamos, a seguir, a lista de documentos que devem ser encaminhados para a Operadora.

Documentação necessária para implantação de apólice	CONDIÇÕES
Proposta de Seguro	Assinada, sem rasuras e carimbada pelo representante legal da empresa Contratante e pelo Corretor. Caso a assinatura seja do procurador da empresa, deverá ser entregue procuração válida e cópia do RG.
Contrato social ou estatuto e atas de constituição de cargos e poderes	<p>O contrato deve conter a última alteração contratual. Estatuto e Atas só serão aceitos se devidamente registrados.</p> <p>Empresas Limitadas (LTDA.): contrato e alterações contratuais.</p> <p>Sociedade Anônima - S.A: estatutos e atas (a ata poderá ser substituída por publicação em Diário Oficial);</p> <p>Os contratos sociais em fase de registro serão aceitos, mediante apresentação de protocolo, emitido há no máximo 90 dias, comprovando o pedido de registro na Junta Comercial, e de carta do Contratante informando que os proponentes fazem parte do grupo elegível.</p>
Declaração do oferecimento do plano Referência (TNE1)	Deverá ser enviada declaração, devidamente assinada e carimbada pelo Contratante, quanto à sua ciência do oferecimento do plano Referência.
FGTS – CRF (Certidão de Regularidade Fiscal)	<ul style="list-style-type: none"> • Com status de “Regular” : Será aceita pela Operadora. • Com status de “As informações disponíveis não são suficientes para a comprovação automática da regularidade do empregador perante o FGTS” – Aceita mediante regularização da pendência ou envio de carta do Contratante justificando a irregularidade com a CEF. • Com status de “Não cadastrado” – Não será aceita pela Operadora, excetuando-se as empresas em constituição, mediante comprovação.
FGTS – Fundo de Garantia por tempo de serviço	<p>Cópia da última relação do FGTS completo (a competência deve estar dentro dos 60 (sessenta) dias da assinatura da proposta). Deve estar acompanhado por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Folha de Rosto; 2. Guia de recolhimento quitada; 3. Relação dos Trabalhadores Constantes no Arquivo SEFIP (RE); 4. Resumo do Fechamento; 5. Resumo das Informações à Previdência Social; 6. Relação de Estabelecimentos Centralizados – REC (exclusivamente quando houver centralização dos depósitos do FGTS) 7. Conectividade e Procuração Eletrônica. <p>Ex.: Construção Civil, pois possuem seus funcionários centralizados por obras.</p> <p>Obs: Serão aceitas somente as versões que estão em uso pela Caixa Econômica Federal ou as imediatamente anteriores a essas e com status de “Regular”.</p>

Implantação de apólice e inclusão de Beneficiários

Documentação necessária para **implantação de apólice**

CONDIÇÕES

Cartão proposta/ficha de inclusão

Documento legal preenchido com as informações pertinentes ao grupo familiar dos Beneficiários titulares a serem incluídos no seguro.

Também poderá ser disponibilizado layout para o preenchimento das informações.

Inclusão de **grupos especiais**

Documentação necessária para **implantação de apólice**

Grupo Econômico

Empresas do mesmo grupo econômico poderão se reunir para contratar o seguro-saúde, sendo necessário formalizar esta condição na Proposta Comercial.

O grupo econômico poderá ser composto por empresas que possuam sócios em comum ou estabelecidas em mesmo endereço, sendo necessária a formalização por meio da emissão de Termo de Integração de Subestipulante, que é documento obrigatório para abertura de subfatura.

Prestador de Serviço (Pessoa Jurídica)

Deve constar na proposta comercial mediante apresentação de:

- Contrato de Prestação de Serviço registrado em Cartório de Registro de Títulos e Documentos com vigência mínima de 12 (doze) meses;
- Três últimos comprovantes de pagamento;
- Cópia do CNPJ e dos atos constitutivos da Empresa Prestadora de Serviços (Contrato Social, FGTS etc).

A inclusão de prestador de serviço deverá ser formalizada por meio da emissão de Termo de Integração de Subestipulante.

Grupo Homogêneo

É caracterizado pela inclusão de todos os proponentes a Beneficiários titulares com idêntica função ou cargo, objetiva e formalmente comprovados e expressos por vínculo também comprovado com o mesmo Contratante. A comprovação se dará mediante a apresentação do FGTS e da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações).

Implantação de apólice e inclusão de Beneficiários

Inclusão de grupos especiais

Documentação necessária para **implantação de apólice**

Titular	Comprovante de vínculo empregatício (FGTS atualizado e quitado). Para funcionários recém-admitidos não relacionados no FGTS, deverão ser apresentados registro funcional e/ou carteira de trabalho devidamente assinados.
Dependentes	Filho(a): certidão de nascimento, guarda provisória ou tutela expedida pelo juiz. Cônjuge: certidão de casamento. Companheiro do mesmo sexo: declaração, em cartório, de convívio marital ou comprovante de endereço em comum.
Estagiários	Quando previstos no grupo elegível, poderão ser incluídos mediante apresentação de contrato de estágio assinado pelo estagiário, pelo representante legal da empresa, sob carimbo, e pela instituição de ensino.
Menores Aprendizizes	Devem estar previstos no grupo elegível constante na proposta comercial, possuir idades entre 14 e 24 anos e adicionalmente devem constar no FGTS, ou a empresa deve apresentar o contrato de aprendiz assinado pelo próprio e pelo representante legal da empresa, sob carimbo.
Expatriados/Estrangeiros	Apresentação da cópia do passaporte, com a devida numeração, carimbado pela Receita Federal, contendo a nacionalidade e o nome da mãe do Beneficiário, bem como o visto de permanência no Brasil. Também deverá ser apresentada carta original, em papel timbrado, assinada e carimbada pelo representante legal da empresa Contratante, caracterizando a participação do expatriado no grupo elegível, indicando o prazo de permanência no Brasil e o cargo. Por exigência da ANS, deverá ser apresentado CPF tanto para titular como para dependente.



Para solicitação de inclusão, além dos documentos mencionados anteriormente, deverão ser encaminhados a **Ficha de Inclusão/Cartão Proposta** e a **Carta da Empresa**. Caso haja necessidade de documentação complementar, essa será solicitada pela Operadora.

Diferenciais da Bradesco Saúde



Livre escolha de prestadores

Com reembolso de procedimentos cobertos, respeitando a área de atuação e os limites contratados.



Coberturas Adicionais

As empresas poderão contratar coberturas adicionais não contempladas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dentre estas coberturas estão: saúde ocupacional, escleroterapia, check-up preventivo e vacinas.

Também será possível ampliar os limites de determinadas coberturas.



Meu Doutor Bradesco Saúde*

Composto por médicos selecionados que se destacam pela qualidade no atendimento, o programa proporciona acesso de forma simples, rápida e segura à agenda do médico para solicitar a marcação de consulta. Atualmente, o serviço está disponível nas especialidades de Clínica Médica*, Pediatria*, Cardiologia*, Traumatologia** e Diabetes***.

*Serviço disponível para agendamento online e oferecido em Porto Alegre (RS), São Paulo (SP), Santo André (SP), São Bernardo (SP), São Caetano (SP), Diadema (SP), Osasco (SP), Guarulhos (SP), Salvador (BA), Rio de Janeiro (RJ) e Graciosa (RJ) para todas as linhas de plano. Cardiologia disponível exclusivamente em São Paulo (SP).

**Serviço disponível para os planos Premium, Nacional Plus e Nacional, exclusivamente em São Paulo. O agendamento deve ser feito por telefone.

***Serviço disponível para agendamento online e oferecido em São Paulo (SP) para as todas as linhas de plano. Diabetes disponível exclusivamente para agendamento por telefone.



Contratação conjugada ao plano odontológico

Proporciona uma série de vantagens, como custos competitivos e movimentação cadastral integrada, onde o mesmo cartão é reconhecido tanto na rede médica quanto na odontológica.

Diferenciais da Bradesco Saúde



Remissão

Em caso de falecimento do Beneficiário titular, é assegurada a isenção de pagamento ao dependente. O período é de 1 (um) ano.

Esse benefício é contemplado automaticamente nos seguros contratados na modalidade pré-pagamento. Para os contratos na modalidade pós-pagamento, a inclusão é opcional.

Disponível nos planos **Premium, Nacional Plus, Nacional e Preferencial Plus**.



Assistência Pessoal 24 horas

Disponível para os planos **Premium*, Nacional Plus, Nacional e Preferencial Plus**.

Com ele, é possível obter uma série de coberturas no caso de acidentes, acontecimentos imprevistos e doenças com manifestação súbita e aguda, quando o segurado estiver em viagem no Brasil a mais de 100km do município de sua residência, bem como em viagens ao Exterior. Em ambos os casos é necessário que o segurado não esteja afastado de sua residência permanente por período superior a 90 (noventa) dias em uma mesma viagem.

A Assistência Pessoal está contemplada automaticamente nos seguros contratados na modalidade pré-pagamento. Para os contratos na modalidade pós-pagamento, a inclusão é opcional.

*Para este plano está prevista também a cobertura para o Tratado de Schengen.



Clube de Vantagens

O Clube de Vantagens Bradesco Seguros oferece descontos em diferentes categorias, como medicamentos, gastronomia, viagens, serviços de assistência, educação, vestuário, lazer e entretenimento. São diversas ofertas cadastradas em estabelecimentos conveniados em todo o país. Para ter acesso aos descontos, basta possuir, pelo menos, um produto do Grupo Bradesco Seguros, sem custo adicional, e se cadastrar no site clubedevantagens.bradescoseguros.com.br. Não é necessário acumular pontos para participar.



Desconto Farmácia*

Com o objetivo de oferecer o melhor aos seus Beneficiários, a Bradesco Saúde, em parceria com a Orizon, oferece descontos de até 65% em aproximadamente 4.000 medicamentos genéricos e de marca, disponíveis em aproximadamente 10.000 farmácias credenciadas Orizon, em cerca de 1.700 municípios.

*Vantagem válida enquanto vigorar o contrato entre a Bradesco Saúde e a Orizon, que possui acordo com as redes conveniadas. O desconto, não acumulativo, incide sobre o preço máximo de venda ao consumidor.



Bradesco Saúde Concierge

Bradesco Saúde Concierge

Já contemplado no Plano **Premium** e disponível como cobertura adicionada ao plano Nacional Plus. Com ele, o Beneficiário tem acesso a uma série de serviços exclusivos*, sempre com a comodidade, praticidade e segurança que ele merece.

O Bradesco Saúde Concierge disponibiliza Salas Vip em centros de referência médica do país. Em São Paulo é possível encontrá-las no Hospital Sírio-Libanês, Hospital Israelita Albert Einstein e o HCor (Hospital do Coração). No Rio de Janeiro, a Casa de Saúde São José conta com uma dessas salas.

Quando em viagem pelos Estados Unidos, os Beneficiários contam com o atendimento exclusivo do escritório do Bradesco Saúde Concierge em Nova Iorque.

*Os serviços Bradesco Saúde Concierge estão disponíveis nas cidades de São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Belo Horizonte (MG) e Salvador (BA), enquanto vigorarem os contratos e os acordos com as empresas que os operam.



Programa Juntos pela Saúde:

Com este projeto, a Bradesco Saúde apoia e orienta empresas na identificação, formulação e implementação de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Dentre elas estão gerenciamento de pacientes com doenças crônicas, screening e questionários de avaliação, check-up executivo, saúde ocupacional, palestras, imunização, programa de benefício de medicamentos, campanha anual de vacinação, gestação saudável, antitabagismo, orientação médica por telefone, dentre outras ações que podem ser construídas de acordo com a necessidade de cada Cliente.



Aplicativo Legislação de Saúde Suplementar para iPad:

Desenvolvido para auxiliar os Beneficiários e gestores de RH, oferece informações importantes para um melhor gerenciamento do benefício saúde. O aplicativo permite o acesso a toda legislação voltada para o mercado de Saúde Suplementar no Brasil em um só lugar. Além disso, proporciona interface organizada e de fácil acesso, busca avançada por palavra-chave, número da norma, tipo, assunto, origem e data da publicação. Sua atualização é constante.

Diferenciais da Bradesco Saúde



Certificação no Processo de Acreditação no Brasil:

Com cerca de 4,5 milhões de Beneficiários em todas as regiões do Brasil, a Bradesco Saúde é líder do setor de saúde suplementar, mas segue na busca pela melhoria contínua.

Por isso, certificou seus procedimentos de acordo com os mais elevados padrões internacionais.

Acreditação é um sistema de certificação de que práticas implementadas pelas instituições de saúde atendam a padrões de excelência.

E a Bradesco Saúde é a 1ª Operadora de Saúde do País a ter sua qualidade certificada pelo método da Acreditação, nos padrões da ANS, e a única a receber o selo com base em parâmetros internacionais.

A certificação tem validade de 2015 a 2019.

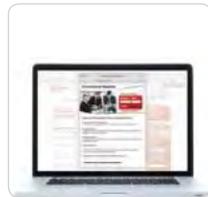


Projeto Afinidade

Para reforçar ainda mais a parceria e o relacionamento com o Contratante, a Bradesco Saúde oferece o Projeto Afinidade, mediante prévia negociação.

Trata-se de uma forma de comunicação com os colaboradores e familiares que possibilita à empresa ter sua identidade reforçada por meio do Cartão de Identificação com a logomarca da empresa juntamente com a logomarca da Bradesco Saúde.

Esse diferencial está disponível para apólices a partir de 3.000 vidas. Para mais informações, consulte a Operadora.



Sistema de Informações Gerenciais – SIGE:

A Bradesco Saúde disponibiliza aos Contratantes relatórios sob medida, por meio do Portal do Estipulante. Ágil, inovador e completo, o sistema permite desenvolver, em conjunto com a Operadora, ações focadas na promoção da saúde e na qualidade de vida. O Contratante tem à sua disposição o histórico dos últimos 24 meses. Permite a visualização nas seguintes opções: despesas por prestador de serviço, despesas por procedimento, estatística de consultas e estatística de exames, dentre outras.



Webtran:

Essa ferramenta permite enviar informações relacionadas a sinistros ou dados cadastrais diretamente do sistema da Bradesco Saúde para um computador pessoal. Com acesso feito pela internet, permite o download dos seguintes arquivos: sinistros pagos, extrato de utilização do beneficiário, fatura técnica e valores de coparticipação para desconto no sistema de folha de pagamento.

Canais importantes

CRC - Central de Relacionamento com Cliente:

Linha de telefone especial para contato de forma simples e rápida com a Operadora. Disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana. Neste canal o Cliente pode esclarecer suas dúvidas e obter informações sobre coberturas, cálculo prévio e acompanhamento de reembolso, além de informações sobre médicos e clínicas da Rede Referenciada entre outras.

4004 2700 (capitais e regiões metropolitanas)

0800 701 2700 (demais localidades)

Serviço de Atendimento ao Consumidor:

Serviço telefônico gratuito, disponível todos os dias, ininterruptamente, para resolução de problemas na relação de consumo, por meio do fornecimento de informações públicas e de recebimento de reclamações de todos os produtos e serviços comercializados. São informações públicas aquelas de caráter institucional do Grupo Bradesco Seguros, endereços e telefones de Sucursais, Corretores e prestadores de serviços vinculados ao negócio, horários de funcionamento das Sucursais e canais de atendimento, endereços de sites do Grupo Bradesco Seguros, dentre outras.

0800 727 9966

SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala:

Serviço colocado à disposição pela Bradesco Seguros para atender aos surdos que utilizam telefones especiais, dotados de teclado alfanumérico e visor. O atendimento é realizado por troca de mensagens, permitindo que o Cliente se comunique diretamente com os profissionais da Central de Relacionamento com o Cliente e SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente) sem a ajuda de intermediários.

Este serviço vai facilitar o contato com a Bradesco Seguros, oferecendo uma solução simples e eficiente para a troca de informações e prestação de serviços.

0800 701 2708

Central de Relacionamento com Cliente Concierge:

Atendimento exclusivo para os Beneficiários Concierge. Disponível para obter informações sobre coberturas, cálculo prévio e acompanhamento de reembolso, informações sobre médicos e clínicas da Rede Referenciada, além de solicitar os benefícios exclusivos do plano.

4004 2726 (capitais e regiões metropolitanas)

0800 701 2726 (demais localidades)

Canais importantes

Ouvidoria:

Além dos canais mencionados anteriormente, a Bradesco Seguros dispõe de uma Ouvidoria. Trata-se de um sistema exclusivo de relacionamento com os Clientes e Corretores, destinado a receber e a responder a reclamações de segunda estância, sugestões e elogios. O prazo de resposta é de até cinco dias úteis. O contato com a Ouvidoria é feito pelo canal Alô Bradesco Seguros, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h (horário de Brasília), exceto feriados.

0800 701 7000



Portal Bradesco Saúde para Empresas (Área do Estipulante):

Canal exclusivo para que os gestores possam obter informações relacionadas ao plano contratado. Nele também é possível utilizar alguns serviços, como impressão de segunda via de boleto, busca de Sucursal, Rede Referenciada, obter extratos de participação do Beneficiário, dentre outros.



Portal Bradesco Saúde para Beneficiários (Área de Segurado):

Canal exclusivo onde o Beneficiário pode consultar informações relacionadas ao plano contratado, tais como:

- Rede Referenciada
- Reembolso
- Extrato de participação do Segurado
- 2ª via de extrato de Imposto de Renda
- Manual do Segurado
- Dicas de utilização



Portal Bradesco Saúde para Corretores:

Criado especialmente para o Corretor que comercializa os produtos da Bradesco Seguros, disponibiliza, na aba Saúde, funcionalidades tais como:

- Informação sobre Produtos
- Rede Referenciada
- Solicitação de Estudo Bradesco Saúde Empresarial
- Cadastro de Produtores
- Material de Apoio

Sobre a **Bradesco Dental**



A Bradesco Dental, marca do Grupo OdontoPrev, empresa líder no mercado brasileiro de assistência odontológica com mais de 6,3 milhões de brasileiros beneficiários e uma rede credenciada com mais de 25.000 cirurgiões dentistas, disponibiliza tanto ao segmento corporativo como massificados, um amplo conjunto de soluções:

- ✓ Bradesco Saúde Empresarial – para empresas a partir de 200 vidas
- ✓ Bradesco Saúde SPG – para grupos com até 199 vidas
- ✓ Bradesco Dental Individual Ideal, nas modalidades mensal ou anual.

Do ponto de vista negocial, o mercado privado de saúde no Brasil está em expansão e o setor de odontologia, particularmente, vem apresentando as maiores taxas de crescimento. O setor de planos médicos passou de 42,6 milhões de beneficiários em dezembro de 2009 para 50,8 milhões de beneficiários em dezembro de 2014, um crescimento de 19,25%. No mesmo período, o setor de planos odontológicos apresentou um crescimento de 60,9% passando de 13,3 milhões de beneficiários para 21,4 milhões de beneficiários.

Vários são os fatores que impulsionam esse crescimento, entre eles podemos destacar:

- ✓ **Desequilíbrio estrutural entre oferta e demanda de serviços:** uma das maiores ofertas de profissionais do mundo somada a uma grande parte da população sem acesso aos serviços pela falta de mecanismos eficientes de financiamento e gestão do sistema;
- ✓ **Falta da alternativa do sistema público:** a pequena e precária oferta de atendimento odontológico por parte do Estado deixa a maior parte da população sem acesso a tal atendimento;
- ✓ **A crescente penetração dos planos odontológicos nos pacotes de benefícios das empresas:** inicialmente restrito às grandes corporações, o benefício dental cresce de forma contínua em organizações de médio e pequeno porte.
- ✓ **As oportunidades representadas pelo interesse crescente de novos canais de distribuição,** como corretores de seguro e consultorias de benefícios.

SITE 100% CORRETOR

Com o objetivo de ser seu ambiente de trabalho on line, o Site **100% Corretor** disponibiliza de forma prática e segura uma serie de serviços que possibilitam um correto gerenciamento de sua carteira de Clientes no segmento odontológico.

Confira abaixo os serviços que podem ser acessados e comece a navegar hoje mesmo:



A) CONDIÇÕES GERAIS

- Bradesco Dental Empresarial

B) APOIO À VENDA

- Propostas
- Manuais dos produtos
- Folheteria

C) COBERTURAS DO PRODUTO EMPRESARIAL

D) INFORMAÇÕES

- Normas Editadas pela ANS para Planos Coletivos
- Rol de Procedimentos
- Vantagens para o Beneficiário
- Rede Credenciada Dental

E) DEMAIS SERVIÇOS

- Cartões Virtuais

Acesse o link no Portal Bradesco Seguros:

bradescoseguros.com.br

Pós-venda Bradesco Dental Empresarial

Disponibilizamos uma estrutura de atendimento tanto à empresa como a seus Colaboradores.

A) PARA A ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

Células de Atendimento Multifuncionais compostas por membros dos mais diversos departamentos da companhia, que estão sempre atentos aos detalhes e necessidades de cada Cliente. São diferentes expertises para um único objetivo: oferecer o melhor atendimento corporativo em saúde bucal.

- 2ª via de boleto / CCB;
- Refaturamento nos casos de reativação do contrato;
- Inclusões, exclusões, 2ª via de carteirinhas;
- Cancelamento de Contrato;
- Troca de Corretor;
- Ocorrência de Rede – reclamações referentes a tratamentos odontológicos e /ou insuficiência de rede;
- Reembolso – acompanhamento do processo em casos especiais;
- Atualização cadastral da empresa.

B) PARA O COLABORADOR BENEFICIÁRIO

Dúvidas, Solicitações, Reclamações, Orientações podem ser realizadas diretamente aos canais de comunicação disponíveis. As Centrais de Atendimento Bradesco estão à disposição dos Beneficiários para atendê-los por completo:

- CRC - Central de Relacionamento - 0800 602 3332 – 7 dias por semana, 24h
- SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor - 0800 600 2894 - 7 dias por semana, 24h
- SAC - Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 2191 - 7 dias por semana, 24h
- Ouvidoria - 0800 772 2073 - 2ª a 6ª feira das 8h às 18h

C) PARA O CORRETOR

O atendimento em relação às dúvidas do produto pode ser realizado por meio das Sucursais Bradesco.

Produtos Bradesco Dental Empresarial

Criado para atender ao segmento empresarial a partir de 200 vidas, que precisam de um plano completo e flexível para se adaptar às suas necessidades, foi desenvolvido o Bradesco Dental Empresarial, um produto que possui atendimento em âmbito nacional e condições altamente vantajosas, como por exemplo:

- Ampla rede credenciada nacional com mais de 25 mil cirurgiões dentistas altamente qualificados.
- Livre escolha de prestadores, com reembolso de despesas dos procedimentos cobertos de acordo com plano contratado.
- Diversas opções de planos odontológicos com coberturas abrangentes, superiores aos procedimentos mínimos obrigatórios por lei.
- Contratação compulsória ou opcional (adesão).
- Planos com ou sem coparticipação e com possibilidade de isenção total de carências: o plano passa a valer logo após a contratação.
- Ferramentas de gestão que permitem mais agilidade e transparência na administração do plano.
- Desconto especial ao ser contratado conjuntamente com o seguro-saúde Bradesco Saúde, oferecendo ainda uma série de vantagens à empresa como: emissão de fatura única, movimentação cadastral integrada e um único cartão que é reconhecido tanto na rede médica quanto na odontológica.

Planos Bradesco Dental Empresarial:

- Essencial
- Essencial Plus
- Essencial Top
- Premium
- Premium Plus
- Premium Top*
- Premium Top – Implantes

* O plano Premium TOP foi substituído pelo plano Bradesco Dental Premium Top CEIO, registrado na ANS sob nº 455.739/07-5, mantendo a mesma cobertura.

Planos

ESSENCIAL: Possui 187 eventos cobertos.

ESSENCIAL PLUS: Possui 197 eventos cobertos.

ESSENCIAL TOP: Possui 261 eventos cobertos.

PREMIUM: Possui 209 eventos cobertos.

PREMIUM PLUS: Possui 212 eventos cobertos.

PREMIUM TOP: Possui 304 eventos cobertos.

PREMIUM TOP - IMPLANTES: Possui 329 eventos cobertos.

Plano/ Procedimento	Rol de procedimentos odontológicos da ANS	Ortodontia	Prótese Básica	Prótese Fixa Unitária	Prótese Completa	Implantes
Essencial	X					
Essencial Plus	X					
Essencial Top	X	X				
Premium	X		X			
Premium Plus	X		X	X		
Premium Top	X	X	X	X	X	
Premium Top Implantes	X	X	X	X	X	X

* As informações contidas nesse quadro são indicativas. Os direitos e obrigações encontram-se estabelecidos nas Condições Gerais do plano contratado.

Diagnósticos - consultas

Emergência / Urgência - alívio de dor

Dentística - obturações e restaurações em resina, amálgama e ionômero de vidro

Odontopediatria - tratamentos especializados para crianças

Radiologia - raio-X

Prevenção - limpeza dos dentes

Periodontia - tratamentos de gengiva inclusive raspagens

Endodontia - tratamento e retratamento de canais

Cirurgia - extrações realizadas em consultório

Prótese - garantida pelo rol mínimo da legislação, tais como núcleo e restauração metálicos fundidos e coroas totais (provisória, unitária, metálica e em cerômero para dentes anteriores)

Ortodontia - aparelho, documentação e manutenção ortodôntica

Abrangência

O produto tem abrangência nacional com rede credenciada de clínicas e dentistas que atenderão a Bradesco Dental sob a designação de Rede UNNA.

Modalidade de **inclusão**

Inclusão compulsória ou automática:

No início da vigência do contrato, todos os colaboradores (FGTS da empresa) e seus dependentes são incluídos no plano, ou, ainda, pode ser definido contratualmente apenas para um determinado grupo homogêneo de colaboradores.

Inclusão espontânea ou opcional:

(exclusivamente para empresas a partir de 100 vidas)

A partir do início da vigência, haverá um prazo de 30 dias para que os colaboradores e seus dependentes possam optar pela inclusão no contrato, conforme regras específicas negociadas entre as partes. Essa modalidade condiciona a adesão mínima de 30% da população elegível, desde que não inferior a 50 vidas.

Inclusão mista (compulsório para titulares e opcional para dependentes):

A empresa contratante subsidia integralmente o benefício para os seus colaboradores e oferece a eles a possibilidade de inclusão opcional dos seus dependentes, com o custeio destes assumidos pelo titular, com desconto em folha de pagamento.

Formas de **Contratação**

Diferentes formas de contratação, nas modalidades de pré e pós-pagamento para que a sua empresa tenha um plano odontológico ainda mais adequado às necessidades de seus colaboradores.

Pré-pagamento: o valor da mensalidade é previamente calculado de acordo com as necessidades da empresa contratante.

Pós-pagamento: o faturamento é concluído após análise periódica dos custos dos serviços que os beneficiários utilizaram, acrescido de tributos e de uma taxa de administração previamente acordada com a empresa contratante.

Reajuste do Contrato

O reajuste financeiro da contribuição mensal terá por base a variação dos custos odontológicos, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do Plano, segundo índices auditados por instituição externa idônea.

A periodicidade do reajuste da contribuição mensal é anual, incidindo no aniversário do Contrato, relativo à sua data-base, salvo quando vigorar prazo diverso estabelecido em legislação aplicável.

O valor da contribuição mensal poderá ser reajustado por sinistralidade, com o objetivo de manter o equilíbrio técnico-atuarial do Contrato.

Vigência e Renovação do Contrato

A vigência padrão do Contrato é de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data definida na Proposta Comercial assinada pelo Contratante, desde que devidamente ratificada pela Operadora.

O Contrato será renovado automaticamente, por tempo indeterminado, caso não haja manifestação contrária de qualquer das partes, por escrito, e com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, e não caberá a cobrança de taxas ou qualquer outro valor, por este motivo.

Grupo Segurável

• **Beneficiário Titular** – Pessoas que tenham vínculo empregatício comprovado com o Contratante através de contrato social ou FGTS.

• **Beneficiário Dependente** – Consideram-se dependentes do Beneficiário titular:

a) Cônjuge ou companheiro (a);

b) Filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até 21 (vinte e um) anos de idade ou até 29 (vinte e nove) anos de idade, se comprovadamente universitários e filhos inválidos, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da Declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular.

Poderão ser aceitos:

- Funcionários
- Sócios
- Estagiários, mediante cópia do contrato de estágio
- Menor Aprendiz
- Contrato Temporário
- Respectivos dependentes.

Não poderão ser aceitos:

- Associados
- Cooperados
- Grêmios
- Clubes
- Igrejas e afins.

Atenção: Não são elegíveis ao plano, prestadores de serviços e procuradores, bem como agregados (pessoas que possuem vínculo com o titular diferente do previsto para dependentes).

É a marca que representa a rede credenciada formada por cirurgiões-dentistas que atenderão aos beneficiários dos planos Bradesco Dental. Esta rede garante atualmente o atendimento a mais de 6,2 milhões de beneficiários dos mais diversos produtos e marcas do grupo, utilizando um único modelo operacional.

Muitas inovações marcam a criação deste conceito único, que conta com profissionais de qualidade, as melhores práticas em odontologia, processos mais simplificados e incorporação de novas tecnologias. Seu modelo operacional foi elaborado por um seleto grupo de profissionais da antiga rede credenciada e docentes de reconhecidas instituições acadêmicas e de pesquisa, em conjunto com integrantes do Grupo OdontoPrev. Seu desenvolvimento levou em conta diretrizes científicas nacionais e internacionais, como a FDA - Food and Drug Administration (USA).

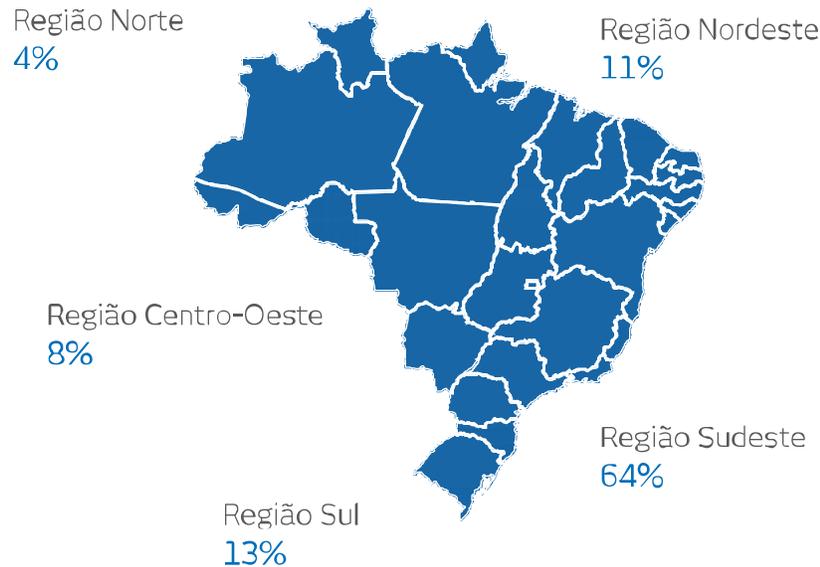
A Rede UNNA possui uma ampla rede credenciada, capaz de oferecer aos beneficiários do Grupo OdontoPrev profissionais qualificados e rápido atendimento nas diferentes regiões do Brasil. Está presente em todo o território nacional com cerca de 25 mil credenciados e mais de 1.735 municípios atendidos.

A) Princípios da Rede UNNA

- Preocupação com o bem-estar das pessoas, por meio de cuidados com a saúde bucal
- Compromisso com a excelência odontológica, oferecendo serviços de alta qualidade
- Atendimento às regras e exigências dos órgãos que regulamentam a atividade
- Transparência e respeito aos profissionais credenciados
- Inovação constante e crescimento sustentável

B) Vantagens para os Beneficiários

- Balanceamento da rede credenciada: a criação da Rede UNNA aumentou significativamente a quantidade de cirurgiões-dentistas credenciados e o número de municípios atendidos. Novos processos foram implementados, permitindo antecipar e agilizar novos credenciamentos, oferecendo uma rede credenciada ampla e dimensionada de maneira equilibrada.
- Gestão de qualidade: um sistema único de gestão da saúde em odontologia, que inclui acompanhamento de qualidade em 100% dos tratamentos realizados, proporcionando maior segurança e tranquilidade para as empresa e beneficiários.
- Rede Credenciada: a Rede UNNA oferece uma abrangência inigualável, com atendimento em diversas regiões do Brasil. Esta ampla oferta de profissionais possibilita que o beneficiário tenha sempre uma boa opção de atendimento por perto.

Números da rede UNNA**C) Indicação de novos Dentistas**

A Rede UNNA, por meio de um novo modelo de gestão, identifica e inicia automaticamente os processos de credenciamento nas localidades que necessitam de ampliação de rede credenciada. Esta solução permite antecipar e agilizar novos credenciamentos, oferecendo uma rede credenciada ampla e dimensionada, conforme as necessidades dos clientes.

Caso exista a necessidade de indicação de cirurgião-dentista, temos disponível um canal para receber estas indicações: solicitacoes@redeunna.com.br.

Solicitação de Estudo/Proposta

O Estudo/Proposta deve ser solicitado pelo **Portal 100% corretor**, por meio do Emissão Expressa ou diretamente na Sucursal. Em caso de dúvidas, contate a Sucursal Bradesco (equipe OdontoPrev)

Reembolso

Todo Beneficiário que possui um plano Bradesco Dental conta com a vantagem de utilizar o dentista de sua preferência e a possibilidade de solicitar reembolso do tratamento coberto pelo plano contratado.

O processo de solicitação de reembolso deverá ser feito pelo beneficiário do plano e o dentista escolhido, não existindo interveniência da Agência /Corretor neste processo. Caso o participante tenha dúvidas sobre o processo de reembolso oriente que ele ligue para Central de Atendimento e Relacionamento.

Para utilização desse benefício, seguem abaixo as principais informações para utilização do mesmo.

Solicitando a Prévia do Reembolso

Antes de iniciar o tratamento o Beneficiário poderá solicitar a prévia de reembolso. O valor prévio estará disponível em até 48 horas. Para isso, envie o formulário Descrição de Serviço Odontológico (DSO) preenchido com o orçamento do cirurgião dentista para o fax 011 4878-8299 ou 4878-8298.

Após esse prazo, o Beneficiário deverá ligar para a Central de Atendimento e Relacionamento para ter o resultado da prévia do reembolso.

1. Onde é possível obter o FRR – Formulário de Requisição de Reembolso

O formulário poderá ser obtido pela Internet no Portal bradescodental.com.br

Atenção:

Sempre que tiver um formulário em aberto, ou seja, sem o encerramento do tratamento ou efetivação do pedido de reembolso, não será possível imprimir um novo.

2. Preenchendo o Formulário

No formulário, há campos que são de responsabilidade do Beneficiário Titular ou do cirurgião-dentista.

Atenção:

O formulário deve ser preenchido corretamente para não atrasar o processo de reembolso.

2.1 Preenchimento da Capa do DSO

A) Dados Pessoais

- Nome do Beneficiário Titular;
- Nome do Beneficiário paciente;
- Número/apólice do Beneficiário paciente;
- Local de entrega da solicitação na Sucursal;
- Data de entrega da solicitação na Sucursal;
- Empresa em que trabalha.

Reembolso

B) Informações sobre os Recibos

- Nome do Prestador de Serviço / Executor,
- CPF ou CNPJ,
- Data do evento,
- Valor do recibo,

Obs: Anotar no canto esquerdo ao final das linhas: quantidade de recibos, quantidade de DSOs e quantidade de Rxs encaminhados.

C) Preenchimento do Formulário da DSO

- Número do cartão do Beneficiário paciente,
- Nome do Beneficiário paciente,
- Nome do Beneficiário Titular,
- Nome do Cirurgião Dentista/Clinica executora,
- CPF ou CNPJ do executor.

2.2. Campos de Responsabilidade do cirurgião-dentista

A) Descrição detalhada do plano de tratamento e orçamento

Preenchimento da tabela referente ao plano de tratamento, incluindo os códigos de procedimentos, bem como os detalhes do tratamento proposto, dente/área/região, as faces a serem tratadas, e os valores que serão cobrados por cada item do tratamento e a totalização do mesmo.

B) Dados do cirurgião-dentista

Todos os dados desse campo deverão ser de pessoa física ou pessoa jurídica, conforme recibo ou nota fiscal que será emitida em favor do Beneficiário Titular do plano.

3. Como deve ser enviado o formulário?

3.1 Encerrando o processo para requisição do reembolso

Quando o tratamento estiver encerrado, o Beneficiário deverá datar e incluir as assinaturas do Beneficiário Titular e do cirurgião-dentista no formulário de reembolso. De posse do formulário original preenchido e assinado e de toda documentação complementar obrigatória que é indispensável ao processamento de reembolso: Recibo (com CPF do dentista) ou Nota Fiscal Original assinado pelo dentista, o Beneficiário deverá encaminhar todos os documentos para o endereço abaixo ou entregar na Sucursal mais próxima:

Departamento Clínico - Setor de Livre Escolha
Caixa Postal 261 – CEP: 06455-972 - Barueri – SP

O Recibo ou Nota Fiscal do profissional deve apresentar o mesmo valor que o da solicitação. As imagens do início e do fim do tratamento devem ser postadas junto com o formulário.

4. Efetivação do Reembolso – Considerações Finais

O valor de reembolso aprovado será creditado, na conta corrente do Beneficiário Titular (indicada no formulário), em até 10 dias após o recebimento do formulário com as documentações originais. Em caso de conta conjunta será creditado para o primeiro Titular.

OBS: não deverá ser utilizado número de conta salário, para evitar devolução do pedido de reembolso.

Isenção total de carências, o plano passa a valer logo após a contratação.*

*Para as inclusões na modalidade opcional existe um prazo de carência, para as inclusões posteriores aos 30 dias do período de elegibilidade.

Documentação necessária para **implantação de apólice**

1º - Proposta Comercial de Contrato de Operações de Plano.

- Assinada pelo responsável da empresa, assinatura essa que deverá estar em conformidade com o documento da empresa (Contrato social, documento pessoal, Requerimento de Empresário ou Certificado de Microempreendedor); Em casos de contrato social o responsável por assinar deverá ser aquele que consta na "cláusula administrativa" ou "gerência" (em conjunto ou separadamente); A assinatura não poderá estar rubricada;
- Assinada e carimbada pelo Corretor (a);
- Devidamente preenchida:
 - Dados do contratante: em conformidade com o cartão CNPJ.
 - Sucursal (novo código)
 - Agência/dígito e conta-corrente/dígito caso a opção seja débito automático;
 - Categoria funcional;
 - Número de usuários que adentrarão ao plano.
 - Local e Data

2º - Ficha de inclusão

- Assinada e carimbada pelo angariador (Corretor);
- Devidamente preenchida:
 - Dados titular: Nome todo sem abreviação; CPF; Sexo; Data nascimento; dados completos do RG; Cargo/profissão; Estado civil e nome da mãe.
 - Endereço residencial completo;
 - Dados do plano: Padrão
 - Dados da angariação: Código Corretor e Supervisor (novo código); e agência quando houver.
 - Dependente (quando houver): Nome; CPF (se menor de idade não é obrigatório); data de nascimento (filhos até 29 anos); sexo, estado civil, grau de parentesco (exclusivamente cônjuges, filhos, companheiros e enteados) e nome da mãe.

3º - Documentos necessários da empresa;

Em casos de sociedade:

- Contrato social ou última alteração consolidada: Deverá conter o selo da junta comercial ou Registro Civil de Pessoa Jurídica (geralmente ao final ou verso do documento);

Documentação necessária para **implantação de apólice**

Em casos de firma individual:

- Se EIRELI (Empresa individual de Responsabilidade Limitada): Documento completo e atualizado e deverá conter o selo da junta comercial ou Registro Civil de Pessoa Jurídica (geralmente ao final ou verso do documento);
- Se MEI (Certificado de Microempreendedor Individual): Documento atualizado. O mesmo é retirado pela internet e não contém assinatura. Nesses casos exigimos o RG para comprovação da mesma.
- Se Requerimento de Empresário: Documento feito em cartório, que deverá estar assinado e com o selo da Junta Comercial.

Em caso de condomínio:

- ATA contendo a última nomeação do síndico;
- RG do síndico para comprovação de assinatura.

Em casos de cooperativas e associações:

- Estatuto;
- ATA contendo a última nomeação do presidente/diretoria.
- RG do presidente para comprovação de assinatura.

4º - Cartão CNPJ:

- Deverá estar atualizado, com data de, no mínimo, seis meses;
- Verificar se a situação cadastral está ativa.

Obs: Todas as cartonagens deverão estar atualizadas e sem rasura.

Diferenciais da Bradesco Dental

Os produtos apresentam vários diferenciais de mercado, que também devem ser apresentados como fortes argumentos para os Clientes, conforme abaixo:



Custo-benefício que faz valer o investimento da empresa

Investir na saúde é essencial para a motivação dos colaboradores de uma empresa, e os cuidados bucais não podem ficar de fora. Os planos Bradesco Dental têm excelente relação custo-benefício, o que valoriza o investimento das empresas sem pesar no orçamento.



Ampla rede credenciada

Mais de 25.000 credenciados. Abrangência nacional com rede credenciada de clínicas e dentistas.



Livre escolha de prestadores

Todos os procedimentos cobertos pelos planos têm reembolso (conforme Tabela de Procedimentos de Reembolso – T.P.RE.).



Solidez, confiança e credibilidade da marca Bradesco



Portal Bradesco Dental (Benefícios Online)

Existem várias informações disponíveis para os Beneficiários através do site bradescodental.com.br

- Consulta de rede credenciada;
- Prontuário Virtual;
- Bradesco Dental Mail (aviso de abertura de tratamento e extrato de tratamento);
- Informativo de IR (mensalidade e reembolso);
- Reembolso (formulários, pendências, simulações, status e extratos);
- Central de atendimento;
- Dicas de saúde bucal;
- Dados cadastrais.

Diferenciais da Bradesco Dental



Desconto especial ao ser contratado com o Seguro Saúde.

- Cartão único que é reconhecido tanto na rede médica quanto na odontológica.
- Emissão de fatura integrada.
- Movimentação cadastral única.



Ferramentas de gestão através do site bradescodental.com.br que facilitam a vida do RH e o gerenciamento do plano.



Projeto Afinidade

Para reforçar ainda mais a parceria e o relacionamento com o contratante, a Bradesco Saúde oferece o Projeto Afinidade, mediante prévia negociação. Trata-se de uma forma de comunicação com os colaboradores e familiares que possibilita à empresa ter sua identidade reforçada por meio do Cartão de Identificação com a logomarca da empresa juntamente com a logomarca da Bradesco Saúde. Esse diferencial está disponível para apólices a partir de 3.000 vidas.



Gestão da qualidade

100% dos tratamentos realizados são analisados pelos dentistas da área de Gestão da Qualidade.



Programa de Prevenção e Promoção da Saúde Bucal

Informações atualizadas sobre assuntos que vão desde ensinamento básico de saúde básico até temas atuais. Sempre com no foco na prevenção, são desenvolvidos materiais educativos, campanhas e palestras.



Flexibilidade na contratação

Compulsória ou opcional (adesão).



Planos com ou sem coparticipação e com possibilidade de isenção total de carências

O plano passa a valer logo após a contratação.



Estrutura exclusiva de atendimento

Incomparável estrutura de profissionais e recursos para atender às demandas da área de Recursos Humanos.

Canais importantes

Com a finalidade de garantir conforto e segurança disponibilizamos canais de comunicação específicos para atender às necessidades dos clientes de forma simples e rápida.

Conheça abaixo as diversas opções de atendimento e em que aspecto cada uma pode melhor ajudar:

a) CRC - Central de Relacionamento: 0800 602 3332

Informações específicas sobre seu plano odontológico (indicação de rede para atendimento, coberturas, especialidades, acompanhamento de tratamentos, reembolsos, orientações sobre atendimento de urgência e emergência, solicitações de 2ª via de carteirinhas e demais serviços relacionados ao produto). Disponível 24h por dia, sete dias por semana.

b) Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 600 2894

Serviço de Atendimento gratuito, disponível todos os dias, ininterruptamente, para resolução de problemas na relação de consumo, por meio do fornecimento de informações públicas e de recebimento de reclamações de todos os produtos e serviços comercializados, disponível 24h por dia, sete dias por semana.

c) SAC - Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 722 2191

Serviço de Atendimento especial disponibilizado para atender aos deficientes auditivos e de fala por meio de telefones dotados de teclado alfanumérico e visor. Disponível 24h por dia, sete dias por semana.

d) Ouvidoria: 0800 772 2073

É um canal de comunicação direto e de segunda instância, disponibilizado em especial aos que já acionaram a Central de Relacionamento ou o Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC e encontram-se diante de uma demanda ainda não resolvida pelos canais habituais de atendimento. É um canal exclusivo que tem por objetivo acolher as manifestações, garantir a qualidade na busca de soluções efetivas para as demandas apresentadas e subsidiar o aperfeiçoamento dos processos internos. Atendimento em dias úteis, das 8 às 18 horas.

Canais importantes

e) Portal Bradesco Dental para o Beneficiário

Um espaço exclusivo para o Beneficiário onde ele pode ter acesso a uma série de serviços e informações como rede credenciada, reembolso, coberturas do plano, extrato de imposto de renda, entre outros benefícios para tornar sua vida mais simples.

f) Portal Bradesco Dental para Empresas

Um canal exclusivo para que os gestores do plano possam realizar de modo simples e rápido a administração do plano. Para tanto, é disponibilizado a movimentação cadastral, inclusão ou exclusão de Beneficiários, busca de rede, extrato de imposto de renda, relação de Sucursais, entre outros serviços.

Este Manual está disponível também no **Site 100% Corretor.**

As informações e imagens contidas neste Manual são indicativas. Os direitos e as obrigações encontram-se nas Condições Gerais do Seguro Contratado. Todos os serviços estão sujeitos a limites e especificações estabelecidos nas Condições Gerais e são válidos para atendimento na área de abrangência contratada. A Bradesco Saúde não comercializa seguro individual.



Bradesco
Seguros

bradescoseguros.com.br

ANS nº 005711

ANS nº 301949

CRC - Central de Relacionamento: 4004 2700 Capitais e Região Metropolitana
e 0800 701 2700 Demais Localidades

SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 727 9966

SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 701 2708

Ouvidoria: 0800 701 7000