

Atenção Família Plus

um novo plano pensado em você

Perguntas e Respostas



1. Qual o motivo da mudança de plano de saúde?

O BDMG atualmente oferece aos seus colaboradores ativos, assistidos e dependentes o plano de saúde de autogestão Pro-Saúde, administrado pela Desban, que inclui cobertura ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontologia. Esse plano é custeado em regime de preço pré-estabelecido, por meio de contribuições mensais de patrocinadores, empregados, diretores e dependentes, além de coparticipação em determinados procedimentos.

Nos últimos anos o Pro-Saúde vem enfrentando dificuldades financeiras. Desde 2014, o BDMG e a Desban, por meio de seus órgãos colegiados, têm acompanhado com preocupação o desempenho do plano assistencial Pro-Saúde, tendo realizado nesta época estudo de avaliação do plano. Passada mais de uma década, as conclusões do estudo se confirmaram. Em junho de 2024, a massa de usuários totalizou apenas 1.752 vidas, uma redução de 12,3% desde 2014, indicando um número restrito de vidas e um perfil etário maduro.

A redução do número de usuários deve-se fundamentalmente ao envelhecimento natural da massa, ao valor da contribuição de dependentes agregados e à perda do patrocínio para os aposentados e seus pensionistas a partir de 22/02/2018.

Devido a estes fatores, o Pro-Saúde apresenta agravantes que impactam seu desempenho financeiro, típicos de um plano de porte tão pequeno, como o alto custo operacional, o perfil envelhecido dos associados e a falta de escala.

2. Qual é o cenário do atual plano de saúde (Pro-Saúde) que levou a essa mudança?

O elevado custo do plano, combinado com a ausência do benefício pós-emprego para os atuais empregados, levou muitos participantes e agregados a migrarem para outros planos de mercado ainda enquanto jovens. Essa decisão visa evitar preços elevados ou até mesmo a impossibilidade de adesão a um plano de saúde no futuro. A distribuição etária dos beneficiários do Pro-Saúde em comparação aos usuários de planos de saúde de autogestão de todo o país comprova o seu perfil bem mais envelhecido. 52,6% dos seus beneficiários estão na faixa etária de 54 anos ou mais. O pequeno porte do plano e seu perfil etário pressionam os custos de várias formas. Vale ressaltar as exigências regulatórias da ANS, a cada ano mais complexas, que elevam os custos operacionais e administrativos, além do grau de especialização da gestão de saúde, exigindo a intensificação do uso de ferramentas tecnológicas inacessíveis para pequenas operadoras devido ao alto custo de implantação e operação, entre outros aspectos.

3. O que garante que uma nova operadora terá um desempenho melhor se comparado ao Pro-Saúde?

Somente um plano de saúde de maior escala é capaz de entregar um serviço de qualidade aos seus beneficiários, com atendimento rápido e eficaz a um custo mais vantajoso. O estudo de mercado feito pelo BDMG e a Desban leva em consideração o porte das operadoras, a rede de atendimento, a facilidade de acesso, a satisfação dos clientes e, claro, a análise criteriosa dos indicadores financeiros dessas operadoras. Isso dará a tranquilidade de uma mudança que é segura e perene, garantindo a continuidade da assistência em saúde.

4. Qual será o novo plano do BDMG na Cemig Saúde?

O plano recebeu o nome de Atenção Família Plus e será ofertado pela Cemig Saúde, tendo sido customizado especialmente para atender às necessidades de empregados e ex-empregados do Banco. Este plano foi estruturado no modelo de Atenção Primária à Saúde, que garante um atendimento personalizado ao paciente em clínicas exclusivas, com otimização do custo e excelência no atendimento. A rede credenciada foi redesenhada para incluir os prestadores de serviços, clínicas e laboratórios mais utilizados pelo nosso público, contando por exemplo, com a rede Mater Dei e o Labclass.

5. Qual a rede credenciada do novo plano do BDMG junto ao Cemig Saúde?

O plano terá rede credenciada equivalente com a atual do Pro-Saúde, incluindo os hospitais Mater Dei e Felício Rocho, além do laboratório Labclass, que, hoje, são referências entre os atendimentos realizados pelos usuários do plano da Desban. Em caso de internação, será oferecida acomodação em apartamento, além de atendimento aeromédico e odontológico premium. A cobertura foi estendida para todo o Estado de Minas Gerais. Outro ganho é na coparticipação. Além de expressiva redução nos valores máximos cobrados dos usuários por procedimento, o novo plano oferece clínicas exclusivas do Conexão Saúde para atendimento primário dos pacientes, sem qualquer coparticipação.

6. O que são as clínicas do Conexão Saúde?

O plano estabelece um modelo de atenção primária focado na prevenção e promoção da qualidade de vida, definindo aos usuários um médico de referência para acompanhamento da saúde e atuação preventiva.

As clínicas Conexão Saúde são unidades de atendimento exclusivas para os beneficiários do plano, onde você terá acesso ao seu médico de referência e a uma equipe multidisciplinar composta por:

- Médico da família
- Enfermeiro
- Técnico de enfermagem
- Nutricionista
- Psicólogo
- Fisioterapeuta
- Farmacêutico

Além disso, os atendimentos nessas clínicas não têm cobrança de coparticipação, garantindo mais economia para os beneficiários.

7. O que é Atenção Primária à Saúde e como ela funciona no novo plano?

A Atenção Primária à Saúde é um modelo de assistência que prioriza a prevenção, o cuidado contínuo e a proximidade com o paciente. No novo plano, cada beneficiário terá um médico de referência, que será responsável por acompanhar sua saúde ao longo do tempo, realizando consultas, monitoramento e, se necessário, encaminhamentos para especialistas. Esse modelo traz mais eficiência e qualidade ao atendimento, garantindo que você tenha um profissional que conhece seu histórico e pode atuar de forma preventiva para evitar complicações de saúde.

8. Onde ficam as clínicas do Conexão Saúde?

São 14 unidades da Clínica Conexão Saúde em 11 cidades mineiras: Belo Horizonte (Unidade Barro Preto e Unidade Santa Efigênia), Contagem, Coronel Fabriciano, Ipatinga (2 unidades), Juiz de Fora, Montes Claros, Divinópolis, Diamantina, Governador Valadares, Timóteo, Uberlândia e Pouso Alegre. A partir do momento da assinatura do convênio de adesão ao novo plano de BDMG, caberá à Cemig Saúde definir a clínica de referência de cada usuário para atendimento primário, ou seja, já neste momento será determinada a equipe de referência para atendimento individualizado.

9. Como trabalha o médico de referência e como ele pode me ajudar?

O médico de referência é um profissional da Atenção Primária à Saúde que irá:

- acompanhar seu histórico médico de forma personalizada;
- realizar atendimentos regulares para promover a saúde e prevenir doenças;
- indicar exames, tratamentos e, quando necessário, encaminhar para especialistas;
- coordenar sua jornada de atendimento, garantindo que os cuidados sejam contínuos e integrados.

Esse acompanhamento torna o atendimento mais eficiente e humanizado, evitando consultas desnecessárias e garantindo que você receba a melhor orientação possível.

10. O que acontece se eu precisar de um especialista?

Durante seu atendimento junto ao médico de referência ele, ao identificar a necessidade de um acompanhamento especializado, fará o encaminhamento a um profissional da rede credenciada. Esse processo garante que você tenha um atendimento mais direcionado e coordenado e, além disso, o especialista repassará ao seu médico de referência os resultados da consulta para devido acompanhamento.

11. Posso procurar um especialista sem passar pelo médico de referência?

Em caso de urgência e emergência, o plano permite a busca direta por profissionais da rede credenciada que inclui Mater Dei, Felício Rocho entre outros hospitais.

12. Já é possível consultar a relação de profissionais, hospitais e clínicas credenciados no novo plano?

A Cemig Saúde está finalizando credenciamentos no produto customizado para o BDMG, o Atenção Família Plus, e, em breve, a relação estará disponível.

13. Qual o custo do novo plano?

Primando pela transparência, compartilhamos tabela de preços específica para o plano de saúde customizado ao BDMG, resultado da negociação junto à Cemig Saúde. Importante ressaltar que os valores estão em processo de análise atuarial externa, etapa necessária para uma comunicação individualizada sobre os custos. Os valores demonstram que BDMG e Desban conseguiram atender as premissas de mitigar impactos financeiros individuais em todas as faixas de idade e, ainda assim, garantir a sustentabilidade financeira da proposta pensando também no longo prazo.

Faixa etária	Valor integral do plano (R\$)
0-18	287
19-23	312
24-28	362
29-33	512
34-38	557
39-43	622
44-48	687
49-53	736
54-58	905
59+	1.147,00

Atenção: valores em análise atuarial

14. Como saberei quanto vou pagar no novo plano?

Os valores serão confirmados após a conclusão da avaliação atuarial externa, etapa necessária para uma comunicação individualizada sobre os custos.

Para uma estimativa, pondere que os números da tabela disponibilizada no item 13 refletem o valor integral do plano, ou seja, para calcular quanto você deverá pagar mensalmente, considere que o Banco patrocinará parte, na mesma proporção atual.

Usuários	Índices de patrocínio	% mensalidade paga pelo participante
Ativos	1	50,00%
Aposentados com início do benefício a partir de 2014.		
apostados com início do benefício em 2013.	1,1	47,62%
apostados com início do benefício em 2012.	1,2	45,45%
apostados com início do benefício em 2011.	1,3	43,48%
apostados com início do benefício até 31/12/2010.	1,4	41,67%

Exemplos de cálculos (utilize os valores das tabelas dos itens 13 e 14):
Ex1:

- Empregado ativo com 49 anos (Valor na tabela: R\$736,00);
- com 2 dependentes preferenciais:
 - cônjuge de 48 anos (Valor na tabela: R\$687,00); e
 - filho de 17 anos (Valor na tabela: R\$287,00).
- Percentual de mensalidade pago pelo participante: 50,00%

Cálculo:

Soma dos custos individuais: R\$736,00 + R\$687,00 + R\$287,00 = R\$1.710,00

Aplicação do percentual de mensalidade pago pelo participante:
50% de R\$1.710,00 = R\$855,00

Novo valor de mensalidade deste titular: **R\$855,00**

Ex2:

- Empregado assistido (aposentado ou pensionista) com 79 anos (Valor na tabela: R\$1.147,00)
- Com 1 dependente preferencial:
 - cônjuge de 68 anos (Valor na tabela: R\$1.147,00)
- Percentual de mensalidade pago pelo participante: 41,67%

Cálculo:

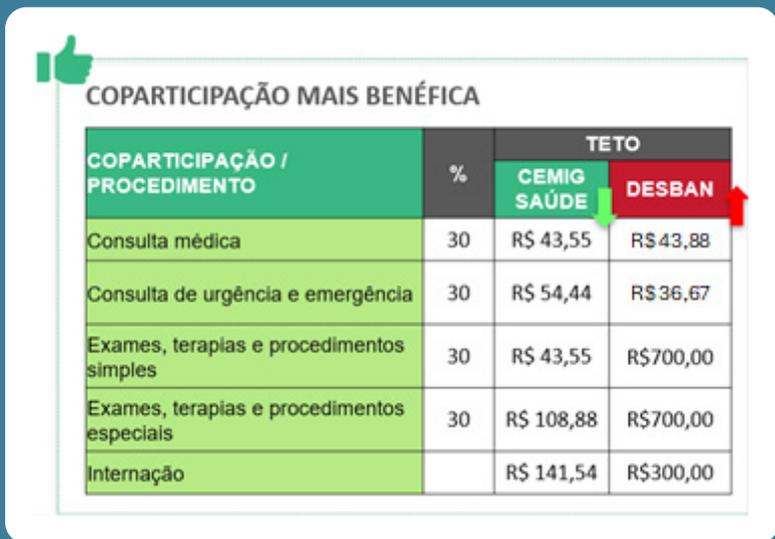
Soma dos custos individuais: R\$1.147,00 + R\$1.147,00 = R\$2.294,00

Aplicação do percentual de mensalidade pago pelo participante:
41,67% de R\$2.294 = R\$955,91

Novo valor de mensalidade deste titular: **R\$955,91**

15. Como fica a coparticipação?

A nova tabela de coparticipação é mais vantajosa para os usuários, com redução nos valores dos tetos. Vejam uma comparação com os atuais valores aplicados no Pro Saúde:



A tabela, intitulada "COPARTICIPAÇÃO MAIS BENÉFICA", compara os valores de coparticipação e tetos entre CEMIG SAÚDE e DESBAN. Um ícone de polegar para cima verde está no canto superior esquerdo. O cabeçalho da tabela indica a porcentagem de coparticipação e os valores de teto para cada plano. Uma seta verde aponta para o valor de R\$ 43,55 da CEMIG SAÚDE na linha de consulta médica, e uma seta vermelha aponta para o valor de R\$ 43,88 do DESBAN na mesma linha.

COPARTICIPAÇÃO / PROCEDIMENTO	%	TETO	
		CEMIG SAÚDE	DESBAN
Consulta médica	30	R\$ 43,55	R\$ 43,88
Consulta de urgência e emergência	30	R\$ 54,44	R\$ 36,67
Exames, terapias e procedimentos simples	30	R\$ 43,55	R\$700,00
Exames, terapias e procedimentos especiais	30	R\$ 108,88	R\$700,00
Internação		R\$ 141,54	R\$300,00

16. Quais serviços são isentos de coparticipação?

Além das reduções dos custos com coparticipação, consultas médicas no pronto atendimento online, atendimentos presenciais e virtuais do Conexão Saúde, são isentas de coparticipação.

17. E como serão os reajustes anuais?

Seguindo a regra de segregação total dos planos, eventuais reajustes propostos para produtos que atendem aos empregados da CEMIG Saúde não se aplicam ao Atenção Família Plus e vice-versa.

A tabela do produto criado para o BDMG será reajustada após avaliações atuariais periódicas anuais, que determinarão a necessidade de alteração em seu custeio, exatamente como é realizado atualmente no Pro-Saúde.

Segurança para o plano Atenção Família Plus (BDMG):

- Assim como no Pro-Saúde, as propostas de reajuste considerarão o desempenho financeiro no ano anterior apenas do produto BDMG.
- Atenção Primária e planos individuais de cuidados personalizados, o que pretende garantir um custeio anual mais equilibrado.

18. Como fica o fundo assistencial do Pro-Saúde da Desban?

Desde 2010, de forma frequente, o Pro-Saúde não alcança equilíbrio econômico-financeiro e os recursos do Fundo vêm sendo utilizados significativamente para custeio do plano. Nas negociações junto a Cemig Saúde, para preservar o Fundo da Desban e alcançar equilíbrio financeiro para viabilizar o plano com o Cemig Saúde, ficou definida a utilização apenas das receitas com juros no custeio parcial do plano e a constituição de fundo garantidor de valor restituível. Qualquer valor repassado à Cemig Saúde será depositado em conta bancária em nome do BDMG, ou seja, os recursos não se misturarão a fundo da Cemig Saúde e seguirão sendo gerenciados pelo Banco. Esse processo foi conduzido de forma cautelosa internamente e, visando ampliar a segurança jurídica, contou com parecer jurídico de empresa externa especializada – Oliveira Rodarte.

19. Como será a transição para o novo plano de saúde?

Ainda faltam etapas até a migração ocorrer. Além de trâmites internos, ainda será assinado Convênio de Adesão, registro do novo plano de saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a finalização dos Regulamentos. O processo será cuidadoso, transparente, e todos os detalhes do novo plano serão compartilhados. Todos os serviços serão mantidos pelo Pro-Saúde até a migração, em data ainda a ser definida. Todas as informações oficiais serão disponibilizadas pelo BDMG e a Desban por meio de canais oficiais.

20. Quando deverá ocorrer a transição?

A migração da massa de usuários está prevista para junho de 2025.

21. Os dependentes serão incluídos na migração ao novo plano?

Não haverá mudanças aos beneficiários que contam com o patrocínio do BDMG e seus dependentes diretos. Vale reforçar que no novo plano será permitida a adesão por parentes de até quarto grau, autopatrocinados, a plano da Cemig Saúde. Neste caso, a Cemig Saúde é responsável pelos planos que serão ofertados e pela cobrança integral do valor da mensalidade que deverá ser pago integralmente pelo parente autopatrocinado à Cemig Saúde, por meio de boleto bancário.

22. Quem pode aderir ao novo plano?

Colaboradores ativos, assistidos e seus dependentes diretos serão automaticamente migrados. Parentes até quarto grau podem aderir ao plano na modalidade de autopatrocínio.

23. Posso incluir um dependente no novo plano?

Dependentes já cadastrados serão automaticamente migrados. Para novos dependentes ou parentes de até quarto grau será necessário seguir os procedimentos de adesão junto à Cemig Saúde, mas isso somente ocorrerá após a conclusão do processo de migração que ainda depende de etapas a serem cumpridas.

24. Há possibilidade de reembolso caso um serviço não esteja disponível na rede credenciada?

O modelo de Atenção Primária se baseia na comunicação e cuidados compartilhados entre o médico de referência e os médicos especialistas, credenciados, não cabendo reembolsos para atendimentos em consultas particulares.

25. O que acontece se eu estiver em tratamento contínuo durante a migração?

Os tratamentos em andamento serão mantidos sem interrupção. O BDMG e a Desban prezam pela segurança dos usuários.

26. Como funcionará o atendimento odontológico?

O plano odontológico já está incluído no pacote e poderá ser utilizado por todos os beneficiários.

27. Como funcionará o transporte aeromédico?

O serviço de transporte aeromédico também já está incluído no pacote. O serviço é destinado a casos críticos de urgência e emergência, mediante as regras estabelecidas pela Cemig Saúde.

28. Como posso tirar dúvidas específicas sobre o novo plano?

Os beneficiários podem consultar as informações nesta página, criada para esclarecimentos sobre o novo plano. Tão logo os próximos passos sejam definidos, a página será atualizada, sempre zelando pela confiabilidade das informações prestadas. A página conta ainda com formulário para que você possa enviar suas dúvidas. Fique tranquilo, na medida em que se concluem outras etapas deste processo, serão disponibilizados outros canais de atendimento.

29. Como será feita a comunicação oficial sobre a migração?

Todos os beneficiários receberão comunicados oficiais por e-mail, além de informações na página exclusiva sobre o novo plano. Também haverá encontros presenciais para esclarecimento de dúvidas. Lembre-se de se informar sempre por meio de canais oficiais.

Fique tranquilo, fique tranquila!

BDMG e Desban continuam à disposição para esclarecer dúvidas e manter o diálogo aberto, sempre com foco na transparência e no bem-estar de todos os envolvidos. Estamos juntos cuidando da sua saúde e da sua família.

 **BDMG** DESBAN