

FAQ – Informações plano Asfeb Saúde

Associados e dirigentes de entidades parceiras

Índice

1. Quem pode ser associado da Asfeb?
2. Quais são os valores da taxa associativa?
3. O que é o plano Asfeb Saúde?
4. Há quanto tempo o Asfeb Saúde existe e o que comprova a sua qualidade?
5. Como o Asfeb Saúde abriu as portas para outras categorias profissionais?
6. O que a entidade precisa fazer para firmar convênio com a Asfeb?
7. Quem pode aderir ao plano Asfeb Saúde?
8. Como faço para aderir ao Asfeb Saúde?
9. Quais os documentos necessários para aderir ao plano?
10. Para incluir alguém no plano de saúde, preciso ter o plano?
11. Se o titular cancelar o plano, os seus dependentes serão excluídos?
12. O que é o Aporte ao Fundo de Reserva Técnica e quais são os valores?
13. O valor do aporte ao Fundo de Reserva Técnica pode mudar?
14. Quero pagar o aporte ao Fundo de Reserva Técnica à vista. Existe alguma condição especial ou desconto?
15. Como é calculada e quais são os valores das mensalidades do plano?
16. Como funcionam as carências do plano?
17. O plano cobre doenças preexistentes?
18. O plano cobre tratamento oncológico, cirurgias de alta complexidade e internações em UTI?
19. O plano tem coparticipação? Como funciona?
20. Como faço para acompanhar as minhas despesas no plano?
21. Como consultar a Rede Credenciada (clínica, laboratórios, hospitais etc.)?
22. Como funciona a extensão da rede credenciada com a Unimed?
23. O que é o Convênio de Reciprocidade?
24. Como funciona o processo de reembolso?
25. Como funciona a Clínica Asfeb Saúde e quais serviços são oferecidos?
26. Como funciona o serviço de urgência e emergência - Asfeb Sigma?

1- Quem pode ser associado da Asfeb?

[↑ Voltar ao índice](#)

Os associados da Asfeb são classificados em três categorias:

Associado Patrimonial:

Profissional do grupo de servidores efetivos do Fisco da Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia, formado por Auditores Fiscais e Agentes de Tributos Estaduais.

Associado Especial:

- Cônjuge ou companheiro(a) do associado falecido, inscrito na condição de dependente;
- Grupo familiar até o 4º grau de parentesco consanguíneo e por afinidade em relação ao cônjuge ou companheiro(a) do associado patrimonial e conveniado, de acordo com resolução;
- Ex-servidor do grupo Fisco da Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia, que à época do desligamento estava inscrito como associado patrimonial, desde que manifeste interesse de permanecer no prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data do desligamento;
- O servidor público colocado à disposição da Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia, e os empregados da Asfeb, enquanto permanecerem com vínculo ativo, observadas as normas emanadas da ANS, RN 137 e 195, e atualizações subsequentes.

Associado Conveniado:

Profissionais vinculados às entidades representativas de suas categorias que tenham convênio firmado com a Asfeb para adesão ao plano de saúde, desde que mantenham o vínculo ativo com a entidade conveniente.

2- Quais são os valores da taxa associativa?

[↑ Voltar ao índice](#)

Valor da taxa associativa para o associado patrimonial (Asfeb Social) é: **R\$ 126,72** (cento e vinte e seis reais e setenta e dois centavos).

Valor da taxa associativa para associado especial e conveniado (Asfeb Social): **R\$ 35,00** (trinta e cinco reais). Esse valor é corrigido anualmente.

Conforme Art. 64 do Estatuto Social da Asfeb.

3- O que é o plano Asfeb Saúde?

[↑ Voltar ao índice](#)

O Asfeb Saúde é um dos grandes benefícios da Asfeb Social. É um plano de saúde de autogestão exclusivo dos associados da Asfeb vinculados ao Grupo Fisco estadual, associados especiais, conveniados, além de seus familiares.

O plano é registrado e regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Nº 33575-4, oferecendo cobertura médico-hospitalar aos seus beneficiários em sua área geográfica de abrangência (Estado da Bahia), conforme o ROL de Cobertura da ANS e coberturas adicionais previstas no Regulamento do plano, anexo I.

O Asfeb Saúde oferece cobertura para atendimentos médicos **ambulatoriais, hospitalares e obstétricos.**

4- Há quanto tempo o Asfeb Saúde existe e o que comprova a sua qualidade?

[↑ Voltar ao índice](#)

O Asfeb Saúde foi fundado em 1993 pelos servidores fiscais do Estado da Bahia. Em 2026, completamos 33 anos de operação ininterrupta, com mais de 6.200 beneficiários ativos no Estado da Bahia.

O nosso plano atravessa gerações, beneficiários que cresceram com o Asfeb Saúde hoje incluem seus filhos. Esse é o nosso principal indicador de qualidade, além da nota de 94,4% de satisfação em uma pesquisa auditada no padrão exigido pela ANS e a nota 0,7307 no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), indicador que avalia anualmente a qualidade das operadoras de planos de saúde.

Essas informações também estão disponíveis no site (www.asfeb.org.br).

5- Como o Asfeb Saúde abriu as portas para outras categorias profissionais?

[↑ Voltar ao índice](#)

A Resolução Normativa nº 649/2025 da ANS alterou a regulamentação das operadoras de autogestão, permitindo a celebração de convênios com outras entidades representativas de categorias profissionais.

Em 18 de junho de 2026, a Asfeb realizou uma Assembleia Geral Extraordinária histórica, na qual os próprios associados votaram e aprovaram, com ampla maioria, as alterações no Estatuto Social e no Regulamento do plano necessárias para viabilizar os convênios.

A abertura para novas categorias é, antes de tudo, uma decisão dos colegas que já estão aqui. Uma escolha de dividir o que construíram com quem também pode fazer parte dessa família.

6- O que a entidade precisa fazer para firmar convênio com a Asfeb?

[↑ Voltar ao índice](#)

O presidente ou representante legal da entidade pode entrar em contato com a Diretoria Executiva da Asfeb através do e-mail (secretaria@asfeb.org.br), manifestando o interesse em firmar um convênio.

A solicitação será analisada pela Diretoria Executiva e, caso seja aprovada, serão iniciados os procedimentos necessários para a formalização do convênio entre a Asfeb e a entidade.

O convênio com a Asfeb não implica qualquer obrigação financeira para a entidade parceira. A responsabilidade pelo pagamento das mensalidades e do aporte ao Fundo de Reserva Técnica é exclusivamente do associado individualmente.

A Asfeb cuida de todo o processo de adesão, cadastramento, cobrança, atendimento assistencial, emissão de carteira e relacionamento direto com cada beneficiário. A entidade participa como facilitadora de acesso, não como gestora do plano.

A Asfeb se coloca inteiramente à disposição para apresentações presenciais ou virtuais para a diretoria e os associados da entidade.

Atualmente a Asfeb tem convênio firmado com as seguintes entidades:

- AGGEB - Associação dos Gestores Governamentais do Estado da Bahia
- ADEP - Associação das defensoras e defensores Públicos da Bahia
- SINTCE - Sindicato dos Servidores do TCE-BA
- FORÇA INVICTA - Associação dos Oficiais Militares Estaduais da Bahia
- APEB - Associação dos Procuradores do Estado da Bahia
- ADPEB - Associação dos Delegados de Polícia do Estado da Bahia
- ABAM - Associação Baiana dos Auditores Fiscais Municipais
- ASBAF - Associação Baiana dos Auditores Fazendários
- SINDSALBA - Sindicato dos Servidores da Assembleia Legislativa do Estado da Bahia
- SINDIFAM - Sindicato dos Fazendários do Município do Salvador
- ASDEB- Associação dos Empregados da Desenhahia

7- Quem pode aderir ao plano Asfeb Saúde?

[↑ Voltar ao índice](#)

O **Asfeb Saúde** é um benefício exclusivo para **associados da Asfeb** e seus familiares, conforme especificado abaixo:

- **Associados Patrimoniais** - Auditores Fiscais e Agentes de Tributos do Estado da Bahia (**associados à Asfeb**).
- **Associados Conveniados** - Profissionais vinculados às entidades representativas de suas categorias que tenham convênio firmado com a Asfeb para adesão ao plano de saúde, desde que mantenham o vínculo ativo com a entidade conveniente.

- **Associados Especiais** - Familiares até o 4º grau de parentesco consanguíneo e por afinidade - (associado à Asfeb).

8- Como faço para aderir ao Asfeb Saúde?

[↑ Voltar ao índice](#)

O primeiro passo é ser associado ativo de uma entidade que tenha convênio vigente com a Asfeb e também ser associado da Asfeb.

Dentre os documentos necessários para a adesão, é obrigatória a apresentação de uma declaração emitida pela entidade conveniada que comprove o seu vínculo associativo.

Caso a sua entidade ainda não tenha convênio com a Asfeb, incentive a sua Diretoria a entrar em contato conosco (secretaria@asfeb.org.br).

9- Quais os documentos necessários para aderir ao plano?

[↑ Voltar ao índice](#)

Para aderir ao plano, primeiramente é necessário ser associado da Asfeb. Confira a documentação necessária abaixo.

Você já pode preencher o formulário on-line com seus dados através deste link:

www.asfeb.org.br/adesao

Adesão (Asfeb Social)

Associado Conveniado:

- Cópia de contracheque (somente os dados cadastrais);
- Cópia de documento que comprove vínculo com a entidade conveniada;
- Cópia de RG/CPF;
- Cópia de comprovante de endereço;
- Formalização de pedido de Inclusão na Asfeb (e-mail ou comparecimento à sede para preenchimento e assinatura de formulários);
- Forma de pagamento (débito em conta corrente ou boleto bancário);
- Data de vencimento (último dia útil de cada mês);

Adesão (Asfeb Saúde)

Beneficiário Conveniado:

- Cópia de contracheque (somente os dados cadastrais);
- Cópia de documento que comprove vínculo com a entidade conveniada;
- Cópia de RG/CPF;

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Declaração de tempo de plano;
- Cópia de comprovante de endereço;
- Manter contato com o Setor de Atendimento para orientações e entrevista qualificada de adesão; Forma de pagamento (débito em folha e conta corrente);
- Data de vencimento (último dia útil de cada).
- Entrevista qualificada.

Dependentes:

- RG;
- CPF;
- Comprovante de residência;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Documento que comprove o grau de parentesco com o titular;
- Declaração de Permanência (caso possua plano de saúde ativo para análise de portabilidade de carências);
- Formulários da Asfeb.

⚠️ Caso a adesão **não seja por portabilidade de carências**, o interessado deverá realizar **entrevista qualificada**.*

10- Para incluir alguém no plano de saúde, preciso ter o plano?

Sim. Para incluir um dependente no Asfeb Saúde, é necessário que o titular seja associado à Asfeb e à entidade conveniada, além de aderir ao plano de saúde.

[↑ Voltar ao índice](#)

11- Se o titular cancelar o plano, os seus dependentes serão excluídos?

Sim. Quando o titular solicita o cancelamento do plano por livre escolha, todos os seus dependentes também são excluídos. A exceção ocorre em caso de falecimento do titular, situação em que os dependentes podem permanecer no plano, conforme as regras vigentes do regulamento.

[↑ Voltar ao índice](#)

12- O que é o Aporte ao Fundo de Reserva Técnica e quais são os valores?

[↑ Voltar ao índice](#)

O Fundo de Reserva Técnica é o patrimônio coletivo do Asfeb Saúde. É o conjunto de recursos financeiros que garante a sustentabilidade do plano ao longo do tempo. Ele assegura o cumprimento de todos os compromissos assistenciais, mesmo em períodos de maior sinistralidade, além de viabilizar os investimentos em qualidade e prevenção.

FAIXA ETÁRIA	APORTE FUNDO DE RESERVA	Nº. PARC.
00 - 18 Anos	99,00	1
19 - 23 Anos	149,00	1
24 - 28 Anos	179,00	1
29 - 33 Anos	199,00	2
34 - 38 Anos	229,00	2
39 - 43 Anos	233,00	5
44 - 48 Anos	305,00	10
49 - 53 Anos	451,00	20
54 - 58 Anos	599,00	30
59 Anos ou mais	990,00	40
VALOR UNITÁRIO DA QUOTA		

13- O valor do aporte ao Fundo de Reserva Técnica pode mudar?

[↑ Voltar ao índice](#)

Não. O valor do aporte ao Fundo de Reserva Técnica é definido de acordo com a faixa etária do beneficiário no momento da adesão e permanece fixo durante toda a Campanha de Adesão, que tem vigência até **11/12/2026**.

Já o valor da mensalidade do plano pode sofrer alteração, conforme a apuração da cota realizada no primeiro mês de cada trimestre civil.

14- Quero pagar o aporte ao Fundo de Reserva Técnica à vista. Existe alguma condição especial ou desconto?

[↑ Voltar ao índice](#)

Sim. O pagamento do aporte ao Fundo de Reserva Técnica à vista garante 10% de desconto.

Para outras condições de pagamento, entre em contato com o Setor Financeiro da Asfeb: Tel fixo ou WhatsApp: 2201-2201.

15- Como é calculada e quais são os valores das mensalidades do plano?

[↑ Voltar ao índice](#)

A contribuição mensal relativa a cada beneficiário do Asfeb Saúde será definida consoante o rateio das despesas assistenciais, administrativas e outras delas decorrentes, bem como de valores referentes às reservas técnicas, previstas nos art. 30, entre todos os beneficiários ativos, na proporção das suas respectivas cotas.

A quota devida por cada beneficiário, no que tange ao quantitativo por faixa etária, passa a vigor conforme Tabela a seguir:

Faixas etárias		Número de quotas (1)
I	De 0 a 18 anos	0,62 cota
II	De 19 a 23 anos	0,75 cota
III	De 24 a 28 anos	0,85 cota
IV	De 29 a 33 anos	1,00 cota
V	De 34 a 38 anos	1,15 cota
VI	De 39 a 43 anos	1,40 cota
VII	De 44 a 48 anos	1,70 cota
VIII	De 49 a 53 anos	2,10 cotas
IX	De 54 a 58 anos	2,35 cotas
X	De 59 ou mais	3,60 cotas

O valor unitário de cada cota será apurado no primeiro mês de cada trimestre civil, com vigência a partir do mês subsequente, com metodologia de cálculo baseada na média das despesas ocorridas no semestre anterior, acrescida de margem de segurança estimada a partir do desvio-padrão apresentada pelas despesas no mesmo período, observando-se os valores mínimo e máximo, nos termos dos parágrafos 2º e 3º do art. 30 do Regulamento.

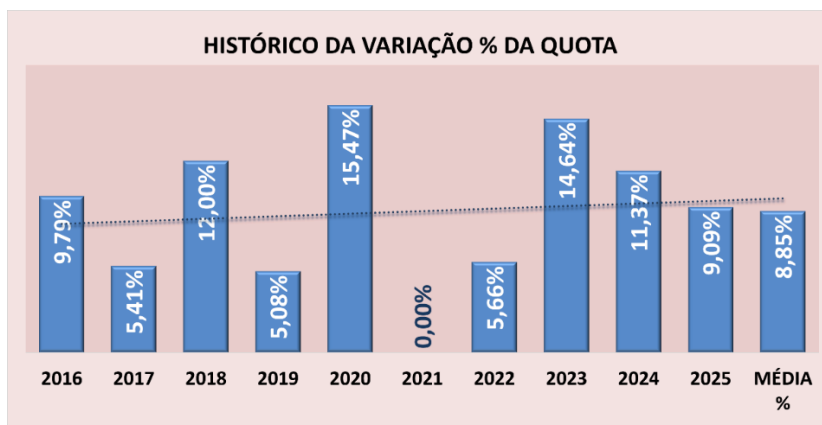
Para fins de apuração da média mensal ajustada de despesas, será aplicada a média mensal das despesas contabilizadas, fator de ajuste atuarial que considere o desvio padrão. Regulamento Asfeb Saúde - Art. 27.

Confira a tabela de mensalidades do plano:

www.asfeb.org.br/saude/simulador-de-plano/

Tabela - Histórico de reajustes

HISTÓRICO DOS VALORES DA QUOTA											
MÊS / ANO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Fevereiro	337,00	370,00	390,00	436,80	463,59	530,00	530,00	576,80	674,00	714,98	819,00
Maio	370,00	390,00	436,80	445,54	530,00	530,00	530,00	611,41	687,49	744,00	832,10
Agosto	370,00	390,00	436,80	452,22	530,00	530,00	530,00	611,41	714,98	755,00	840,42
Novembro	370,00	390,00	436,80	459,00	530,00	530,00	560,00	641,98	714,98	780,00	
VARIAÇÃO ANUAL	9,79%	5,41%	12,00%	5,08%	14,33%	0,00%	5,66%	11,30%	6,08%	9,09%	
HISTÓRICO DA VARIAÇÃO % DA QUOTA											
MÊS / ANO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Fevereiro	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,00%	0,00%	0,00%	3,00%	4,99%	0,00%	5,00%
Maio	9,79%	5,41%	12,00%	2,00%	14,33%	0,00%	0,00%	6,00%	2,00%	4,06%	1,60%
Agosto	0,00%	0,00%	0,00%	1,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,00%	1,48%	1,00%
Novembro	0,00%	0,00%	0,00%	1,50%	0,00%	0,00%	5,66%	5,00%	0,00%	3,31%	
Anual	9,79%	5,41%	12,00%	5,08%	15,47%	0,00%	5,66%	14,64%	11,37%	9,09%	



16- Como funcionam as carências do plano?

[↑ Voltar ao índice](#)

Carências são os períodos em que o beneficiário está vinculado ao plano, mas ainda não tem cobertura para determinados procedimentos. A ANS estabelece prazos máximos de carência para cada tipo de serviço, e o plano segue esses prazos.

Os prazos vigentes estão previstos no Art. 16 do Regulamento e são contados a partir da data do deferimento do pedido de adesão:

TIPO DE COBERTURA	CARÊNCIA MÁXIMA
Urgência e emergência	24 horas
Consultas, exames simples e procedimentos ambulatoriais	30 dias
Exames complexos (ressonância, tomografia, endoscopia)	90 dias
Internações clínicas e cirúrgicas	180 dias
Parto a termo (após 37 semanas)	300 dias
Doenças e lesões preexistentes (DLP) — Cobertura Parcial Temporária (CPT)	24 meses

17- O plano cobre doenças preexistentes?

[↑ Voltar ao índice](#)

Doenças e Lesões Preexistentes (DLP) são condições de saúde que o beneficiário já conhecia antes de ingressar no plano. A regulação da ANS prevê tratamento específico para esses casos, que pode envolver cobertura parcial temporária (CPT) ou aplicação de carências específicas, conforme as informações declaradas na DPS.

A Declaração de Saúde (DPS) é o instrumento pelo qual o beneficiário informa sua situação de saúde no momento da adesão. O preenchimento completo e honesto da DPS é fundamental para garantir que a cobertura seja aplicada corretamente desde o início.

O tratamento do tema segue o Art. 16 do Regulamento:

- **Proteção ao beneficiário:** a alegação de omissão pela operadora fica vedada quando houver exame ou perícia admissional, ou quando a inscrição do dependente ocorrer nos primeiros 30 dias nas hipóteses de recém-nascido, menor de 12 anos, guarda, tutela, adoção ou reconhecimento de paternidade.
- **Cobertura Parcial Temporária (CPT):** havendo DLP declarada, suspende-se por até 24 meses ininterruptos a cobertura de cirurgias, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade vinculados exclusivamente àquela doença. Após esse prazo, a cobertura torna-se integral.

A CPT de 24 meses aplica-se apenas às doenças previstas na norma da ANS, conforme a análise da DPS. O prazo médio de análise da Declaração de Saúde é de 3 dias úteis.

18- O plano cobre tratamento oncológico, cirurgias de alta complexidade e internações em UTI?

[↑ Voltar ao índice](#)

O plano cumpre integralmente o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que estabelece a cobertura mínima obrigatória de todos os planos de saúde registrados no Brasil, e vai além dele: oferece também procedimentos extra rol previstos no Anexo I do

Regulamento da Asfeb Saúde. Isso inclui procedimentos oncológicos, cirurgias e internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Cuidado oncológico: clínicas e hospitais especializados, entre eles a clínica AMO, a clínica CEON, o Hospital Mater Dei e o Hospital Santa Isabel.

OPME: a cobertura de órteses, próteses e materiais especiais é assegurada mediante relatório médico e análise da equipe técnica especializada do plano, que avalia cada caso segundo critérios clínicos.

19- O plano tem coparticipação? Como funciona?

[↑ Voltar ao índice](#)

O Asfeb Saúde é um plano de saúde na modalidade condominial, que utiliza a coparticipação como um fator moderador. Isso significa que o beneficiário contribui com parte do custo de determinados procedimentos quando ultrapassa a quantidade de utilizações prevista no regulamento do plano.

A coparticipação tem como objetivo contribuir para o equilíbrio financeiro do plano e incentivar o uso consciente dos serviços de saúde.

A cobrança acontece quando **o beneficiário ultrapassa determinado limite por ano civil** (de 1º de janeiro a 31 de dezembro), conforme o tipo de serviço utilizado. Essa contagem considera a **data de realização do procedimento** e é reiniciada a cada **ano civil**.

- a) **Consultas médicas:** 20% dos custos, a partir da 7ª (sétima) consulta realizada no ano civil, excluídas àquelas realizadas em regime de pronto atendimento (urgência e emergência);
- b) **Exames e procedimentos laboratoriais simples,** relacionados no anexo II do Regulamento Asfeb Saúde: 20% dos custos, a partir do 11º (décimo primeiro) evento no ano civil, excluídos as realizadas em regime de pronto atendimento (urgência e emergência);
- c) Nas coberturas envolvendo internações referentes aos transtornos químicos e psiquiátricos, codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, “CID 10” será devida a coparticipação no percentual de 30% (trinta por cento) nos custos incorridos, quando o período de tratamento exceder o prazo de 30 (trinta) dias do ano civil;
- d) Os atendimentos realizados no período de carência pelos beneficiários do Asfeb Saúde incidem a coparticipação de 100% dos custos incorridos;
- e) A coparticipação nos procedimentos previstos no inciso V do Regulamento Asfeb Saúde, art. 28, possuem previsão de coparticipação de 20% dos custos, a partir do 6º evento, exceto os procedimentos de endoscopia digestiva, colonoscopia, curativos, biopsias, polipectomia, pequenas cirurgias e os procedimentos realizados em pronto atendimento e/ou internamento. **Ressalta-se que estes ficam limitados ao valor de uma cota de contribuição, por procedimento, exceto os previstos no art. 14.**

20- Como faço para acompanhar as minhas despesas no plano?

[↑ Voltar ao índice](#)

A Asfeb disponibiliza no mês anterior da cobrança o **Demonstrativo de Uso** com todos os atendimentos realizados, incluindo o detalhamento dos valores e percentuais da cobrança de coparticipação. O acesso ao demonstrativo pode ser feito através da área restrita do site da Asfeb (www.asfeb.org.br/area-restrita/) ou do App Asfeb Saúde.

21- Como consultar a Rede Credenciada (clínica, laboratórios, hospitais etc.)?

[↑ Voltar ao índice](#)

O plano mantém uma das redes credenciadas mais completas do Estado da Bahia, com acesso aos principais hospitais, clínicas especializadas, laboratórios e profissionais de saúde da capital e de outras regiões do Estado.

A rede credenciada completa do plano pode ser consultada através do App Asfeb Saúde ou do Guia Médico: (www.asfeb.org.br/saude/guia-medico/).

22- Como funciona a extensão da rede credenciada com a Unimed?

[↑ Voltar ao índice](#)

Quando não houver prestador credenciado na localidade do beneficiário, a utilização da rede Unimed será autorizada automaticamente. Essa medida garante acesso assistencial para municípios da Bahia com indisponibilidade de prestadores.

23- O que é o Convênio de Reciprocidade?

[↑ Voltar ao índice](#)

Apesar de ser um plano de abrangência estadual (Bahia), em caso de viagens para outras regiões, o beneficiário tem atendimento de urgência e emergência, através do convênio de reciprocidade firmado com outras entidades de autogestão do fisco estadual.

No verso da carteira Asfeb Saúde constam os nomes das operadoras de reciprocidade e sua matrícula para atendimento de urgência/emergência.

Recomendamos que, antes de viajar, entre em contato com o Setor de Atendimento da Asfeb para receber orientações específicas.

Entidades de autogestão do fisco estadual que fazem parte do Convênio de Reciprocidade:

- ALAGOAS - ASFAL
- AMAZONAS - AFFEAM
- CEARÁ - CAFAZ
- GOIÁS - AFFEGO
- MINAS GERAIS - FUNDAFFEMG
- PARÁ – ASPARÁ
- PARAÍBA - AFRAFEP
- PERNAMBUCO - FISCO SAÚDE
- RIO DE JANEIRO - AMAFRERJ
- RIO GRANDE DO SUL - AFISVEC
- SÃO PAULO - AMAFRESP
- SERGIPE - CASSIND

24- Como funciona o processo de reembolso?

[↑ Voltar ao índice](#)

Em algumas situações, o beneficiário pode optar por um prestador de livre escolha. Nesses casos, o reembolso não é integral, pois tem como base a tabela de preços dos serviços médicos e os valores contratados pelo plano.

O reembolso é exclusivo para consultas e honorários médicos.

Para entender melhor como funciona o processo, prazos e documentos necessários, confira a cartilha completa sobre reembolso:

[Cartilha Reembolso](#)

25- Como funciona a Clínica Asfeb Saúde e quais serviços são oferecidos?

[↑ Voltar ao índice](#)

A Clínica Asfeb Saúde oferece atendimento completo e acolhedor para beneficiários do Asfeb Saúde, com foco em prevenção, cuidado integral e bem-estar.

Aqui você encontra uma equipe multidisciplinar com as seguintes especialidades: Cardiologia, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Medicina de Família, Nutrição e Psicologia.

Além das especialidades, a Clínica Asfeb Saúde possui programas de promoção da saúde e Prevenção de doenças.

PROMOPREV: Campanhas de vacinação, rastreamento de doenças crônicas, acompanhamento de grupos de risco, programas de saúde mental, orientação nutricional e de atividade física.

- **Asfeb +50:** programa especializado para beneficiários a partir dos 50 anos. Acompanhamento de condições crônicas, suporte ao cuidador e orientação para um envelhecimento ativo e saudável.
- **Asfeb Sênior:** programa de cuidado integral para beneficiários seniores. Prevenção de quedas, monitoramento de polifarmácia, acompanhamento de fragilidade e conexão com rede especializada em geriatria.



Funcionamento da Clínica Asfeb: segunda a sexta, das 08h às 17h.



Endereço: Rua Dr. José Peroba, 149, Centro Empresarial Eldorado, 9º Andar – Stiep, Salvador-BA.

26- Como funciona o serviço de urgência e emergência - Asfeb Sigma?

[↑ Voltar ao índice](#)

Os beneficiários do Asfeb Saúde residentes em **Salvador, Lauro de Freitas e Feira de Santana** contam com o **Asfeb Sigma**. O serviço tem o objetivo garantir atendimento médico ágil, qualificado e eficaz, sempre que o beneficiário precisar.

O Sigma dispõe de uma **Central Médica 24 horas**, funcionando todos os dias da semana, que pode ser acionada pelo telefone **4020-8854** ou pelo **Aplicativo Asfeb Saúde**.

Em situações de **urgência ou emergência médica**, o Asfeb Sigma envia até o beneficiário, em tempo adequado, os recursos necessários para assistência médica pré-hospitalar (APH), com remoção para unidades de saúde, quando indicada.

O Asfeb Sigma pode ser utilizado em diversas situações, como:

- Dor no corpo ou dores musculares
- Febre
- Diarreia
- Câimbras

- Sintomas urinários
- Dores na coluna
- Tosse
- Casos de urgência ou emergência médica