REGULAMENTO



REGULAMENTO DO PLANO CAPESAÚDE PERFIL PIAUÍ

PI

Registro ANS **Nº 483.106/19-3**

••• JUNHO | 2019

CAPESAÚDE perfil

ANS - Nº 324477

CAPESESP
www.capesesp.com.br

ÍNDICE

CAPÍTULO I

OBJETO 04

CAPÍTULO II

BENEFICIÁRIOS 04

CAPÍTULO III

INSCRIÇÃO E DESLIGAMENTO 06

CAPÍTULO IV

CUSTEIO 08

CAPÍTULO V

INÍCIO DA COBERTURA 11

CAPÍTULO VI

COBERTURA E ABRANGÊNCIA 14

CAPÍTULO VII

EXCLUSÕES DA COBERTURA 23

CAPÍTULO VIII

UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 26

CAPÍTULO IX

REEMBOLSO 28

CAPÍTULO X

DISPOSIÇÕES GERAIS 31

CAPÍTULO XI

ELEIÇÃO DE FORO 31

CAPÍTULO XII

VIGÊNCIA 31

CAPESESP

REGULAMENTO DO PLANO CAPESAÚDE PERFIL PIAUÍ PI

JUNHO | 2019

CAPESAÚDE perfil

CAPESESP

CAPÍTULO I
OBJETO

Art. 1º - Este Regulamento tem por objetivo estabelecer normas e diretrizes sobre a prestação continuada de assistência médico-hospitalar, na forma do Art. 1º, inciso I, da Lei n.º 9.656/98, por prazo indeterminado, através do Plano denominado **CAPESAÚDE PERFIL PIAUÍ** (produto **nº 483.106/19-3**), com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, possuindo as seguintes características:

I. Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;
II. Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia;
III. Área Geográfica de Abrangência: Grupo de Municípios;
IV. Área de Atuação: **FLORIANO, PARNAÍBA, PICOS** e **TERESINA**, localizados no Estado do **PIAUÍ**;
V. Padrão de Acomodação em Internação: Coletiva;
VI. Formação de Preço: pré-estabelecido.

CAPÍTULO II
BENEFICIÁRIOS

Art. 2º - Poderão inscrever-se neste Plano como BENEFICIÁRIOS:

I - TITULARES:

a. servidores ativos, inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial e de emprego público, dos Patrocinadores;
b. participantes-assistidos do Plano de Benefícios Previdenciais que recebem complementação de renda mensal da CAPESESP;
c. servidores que pertenceram ao quadro de pessoal efetivo da ex-Fundação SESP e que se desligaram por motivo de aposentadoria;
d. ex-servidores ou ex-empregados dos Patrocinadores, assim como ex- empregados e ex-administradores da própria CAPESESP, se optarem pela manutenção de sua vinculação no prazo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento funcional, desde que assumam integralmente o custeio do grupo familiar, inclusive as contribuições de responsabilidade do Patrocinador, limitada a manutenção ao período máximo de 24 (vinte e quatro) meses, assegurado o direito às mesmas condições de cobertura;
e. empregados, administradores e aposentados da própria CAPESESP.

II - DEPENDENTES NATURAIS:

a. o cônjuge, o companheiro ou a companheira em união estável;
b. o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
c. os filhos, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
d. os filhos, solteiros, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
e. os enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
f. os enteados, solteiros, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
g. os menores sob guarda concedida por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição;
h. os menores sob tutela concedida por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição;
i. a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia, desde que não exista nenhum dependente constante das alíneas "a" e "b" deste artigo inscrito no plano;
j. os pais ou padrastos, as mães ou madrastas, desde que o valor do custeio seja assumido integralmente pelo titular, observados os mesmos valores com ele conveniados ou contratados, de acordo com a faixa etária do beneficiário.

III – PENSIONISTAS, assim considerados os dependentes dos TITULARES falecidos reconhecidos pelo Patrocinador ou pelo Regime Geral de Previdência Social para recebimento de pensão por morte dos titulares paga pelo órgão previdenciário.

Parágrafo Primeiro – Para fins do disposto neste Regulamento, os PENSIONISTAS equiparam-se aos TITULARES, podendo inscrever dependentes.

Parágrafo Segundo – Para efeito deste Regulamento, são considerados enteados os filhos do cônjuge, ou do companheiro, desde que, em relação a este último, esteja caracterizada a união estável.

Parágrafo Terceiro – O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, poderão ser inscritos no plano de saúde, observados os valores estabelecidos na tabela de contribuição vigente, acrescida da parcela equivalente à de responsabilidade Patronal, desde que o valor do custeio seja integralmente assumido pelo próprio titular.

Parágrafo Quarto – A adesão do grupo familiar dependerá da inscrição do TITULAR.

Parágrafo Quinto – O titular que optar por incluir como dependente o cônjuge ou ex-cônjuge com percepção de pensão alimentícia, o companheiro ou companheira de união estável, ou companheiro homoafetivo, somente poderá optar por um dos vínculos citados.

Parágrafo Sexto – Poderá, a qualquer tempo, ser definido o ingresso de novos tipos de dependentes, respeitando-se o limite fixado em legislação específica.

Parágrafo Sétimo – Poderão ser inscritos, na condição de DEPENDENTE- AGREGADO, em outras opções de planos disponíveis para este tipo de BENEFICIÁRIO:

a. os filhos e enteados que não se enquadrem na condição de DEPENDENTES NATURAIS;
b. os irmãos;
c. os netos, os bisnetos e os sobrinhos;
d. os avós e os tios;
e. os sogros e os pais do companheiro;
f. os netos do cônjuge ou do companheiro;
g. os genros e noras;
h. os cunhados;
i. sobrinhos-netos e primos.

CAPÍTULO III
INSCRIÇÃO E DESLIGAMENTO

Art. 3º - Para a inscrição será necessária a apresentação da proposta de adesão devidamente preenchida e assinada pelo TITULAR e dos respectivos documentos comprobatórios, conforme o disposto nas normas vigentes na data da inscrição, por meio da qual o beneficiário adere às regras, cláusulas e definições constantes no presente Regulamento e no Convênio de Adesão firmado com o seu Patrocinador.

Parágrafo Primeiro – O TITULAR é o responsável pela inscrição, desligamento e pagamento das contribuições mensais de todos os integrantes de seu grupo familiar.

Parágrafo Segundo – O TITULAR é responsável direto pelos atos praticados por todos os integrantes de seu grupo familiar, junto a CAPESESP, cabendo-lhe responsabilidades, inclusive pecuniárias, por atos lesivos, abusivos e/ou indevidos.

Parágrafo Terceiro – Os BENEFICIÁRIOS que se encontrarem na condição de DEPENDENTE NATURAL na data do óbito do TITULAR, e que não passarem à condição

de PENSIONISTA, poderão permanecer nesta condição, sem possibilidade de inscrever quaisquer dependentes, assumindo a responsabilidade pelo pagamento integral de contribuição mensal, incluindo a parcela patronal, salvo se solicitarem expressamente o seu desligamento no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data do falecimento do TITULAR.

Parágrafo Quarto – A CAPESESP reserva-se o direito de solicitar, a qualquer tempo, documentos comprobatórios julgados necessários à manutenção da inscrição e/ou à utilização dos benefícios previstos neste Regulamento.

Parágrafo Quinto – Os TITULARES deverão, obrigatoriamente, comunicar à CAPESESP, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da ocorrência, qualquer alteração referente às informações prestadas, sob pena de exclusão, de acordo com a regra estipulada na alínea "c.", do Inciso V, do Artigo 5º deste Regulamento.

Parágrafo Sexto - Os DEPENDENTES NATURAIS serão obrigatoriamente inscritos na mesma opção de Plano do TITULAR.

Art. 4º - Com o objetivo de manter o equilíbrio financeiro, bem como o de disciplinar o ingresso, a manutenção e a utilização do Plano de Benefícios Assistenciais, a CAPESESP, por decisão do Conselho Deliberativo, poderá suspender novas inscrições.

Art. 5º - O desligamento do BENEFICIÁRIO ocorrerá nas seguintes situações:

I. por solicitação do TITULAR ao PATROCINADOR, que deverá cientificar à CAPESESP em até 30 (trinta) dias. Expirado, comprovadamente, este prazo o titular poderá solicitar o desligamento diretamente à CAPESESP;
II. por falecimento;
III. por atraso de pagamento da contribuição mensal por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não;
IV. por inelegibilidade ou perda dos direitos de titularidade ou dependência, ressalvadas as situações específicas previstas neste Regulamento;
V. por fraude, sendo as penalidades aplicadas de acordo com o tipo de ocorrência a seguir:

    a. Exclusão definitiva nas situações que envolvam a utilização da rede credenciada gerando vantagem pecuniária para quaisquer das partes envolvidas, bem como nos casos de reincidência de qualquer outro tipo de fraude;
    b. Exclusão por 720 (setecentos e vinte dias) dias nos casos de uso indevido do cartão de identificação do BENEFICIÁRIO e tentativa de realizar as infrações previstas na alínea "a." deste inciso;

c. Exclusão por 360 (trezentos e sessenta dias) nos casos de manutenção indevida de BENEFICIÁRIOS no plano.

Parágrafo Primeiro - Nos casos definidos no inciso V deste artigo, o participante que cometer a fraude sofrerá a penalidade prevista neste Regulamento. No caso do TITULAR, todo o grupo familiar será excluído.

Parágrafo Segundo - Na hipótese prevista no inciso V deste artigo, quando o ato for cometido pelo TITULAR, a penalidade será comunicada ao respectivo empregador.

Parágrafo Terceiro – Caberá recurso pelo TITULAR, no caso da aplicação de quaisquer penalidades previstas no inciso V deste artigo.

Parágrafo Quarto- Em qualquer das situações citadas de desligamento, caberá ao TITULAR:

a. devolução dos cartões de identificação dos BENEFICIÁRIOS; e
b. a responsabilidade pelo ressarcimento à CAPESESP de quantias pagas em função da utilização indevida, durante o período de suspensão ou após o desligamento.

Parágrafo Quinto - O desligamento do TITULAR implicará no desligamento de todos os seus dependentes, exceto no caso de falecimento, quando estes poderão solicitar a permanência do vínculo.

Parágrafo Sexto - Os desligamentos solicitados pelo TITULAR, e deferidos, terão efeito imediato e caráter irrevogável.

CAPÍTULO IV
CUSTEIO

Art. 6º - O custeio do Plano de que trata este Regulamento é composto pela soma dos seguintes itens:

I. contribuições do Patrocinador, relativas à participação da União no custeio da assistência à saúde suplementar do servidor público;
II. contribuições do TITULAR, relativas a cada BENEFICIÁRIO componente do seu grupo familiar, conforme tabela específica deste produto registrado na ANS, disponível no site da CAPESESP;
III. coparticipação financeira em procedimentos e eventos em saúde, aplicável na for-

ma deste Regulamento, a ser paga quando da utilização do Plano por BENEFICIÁRIO componente do seu grupo familiar;

IV. franquia em procedimentos e eventos em saúde, aplicável na forma deste Regulamento, a ser paga quando da utilização do Plano por BENEFICIÁRIO componente do seu grupo familiar.

Parágrafo Primeiro – A contribuição mensal total per capita destinada ao custeio do Plano, relativa ao TITULAR e a cada DEPENDENTE inscrito, de acordo com sua faixa etária, a ser rateada entre PATROCINADORES e BENEFICIÁRIOS, será aprovada anualmente pelo Conselho Deliberativo e divulgada no site da CAPESESP.

Parágrafo Segundo – A contribuição patronal mensal terá por base a dotação específica consignada no orçamento do Patrocinador para o custeio da assistência à saúde suplementar de seus servidores, definidas através de Portarias específicas publicadas no Diário Oficial da União.

Parágrafo Terceiro – A contribuição mensal dos BENEFICIÁRIOS será resultante da diferença entre o valor per capita estabelecido no Parágrafo Primeiro e a contribuição patronal mencionada no Parágrafo Segundo, ambos deste artigo, e será apresentada na página do Plano, no site da CAPESESP.

Parágrafo Quarto – O valor total relativo à contribuição mensal de responsabilidade do TITULAR corresponde ao somatório dos valores referentes a cada BENEFICIÁRIO componente do seu grupo familiar, estabelecido na forma do Parágrafo Terceiro deste artigo.

Parágrafo Quinto – Incumbe ainda ao TITULAR o pagamento de coparticipação nos custos dos procedimentos e eventos em saúde realizados, devido pela utilização dos serviços de assistência à saúde, cujo objetivo é atuar como fator moderador, que será cobrado na forma estabelecida adiante:

a. 30% dos valores de consultas de qualquer especialidade médica e consultas ou sessões de acupuntura, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicoterapia e nutrição;
b. 20% em procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados em regime ambulatorial, limitada a um valor definido anualmente pelo Conselho Deliberativo e divulgado no site da CAPESESEP;
c. 30% em internações para tratamento de transtornos psiquiátricos, a partir do 31º dia de internação, considerando-se as utilizações intermitentes ou não de dias de permanência em internação psiquiátrica em cada 12 (doze) meses de vínculo ao CAPESAÚDE, previstos nas normas editadas pela ANS e vigentes à época do evento;

d. 30% nos demais procedimentos e eventos em saúde, equipamentos, dispositivos e outros produtos ou insumos, exceto quimioterapia, radioterapia, terapia renal e coletores e adjuvantes de proteção e segurança, limitado a um valor definido anualmente pelo Conselho Deliberativo e divulgado no site da CAPESESEP.

Parágrafo Sexto – A título de franquia será considerado um valor único e fixo por internação em acomodação coletiva (enfermaria), definido anualmente pelo Conselho Deliberativo e divulgado no site da CAPESESEP, a exceção das previstas na alínea "c", do Parágrafo Quinto, deste artigo.

Parágrafo Sétimo – O valor total da contribuição mensal previsto no Parágrafo Primeiro deste artigo poderá ser alterado:

a. a qualquer tempo, quando houver alteração no salário do TITULAR que implique na mudança de faixa dentre as previstas na Tabela de contribuição patronal;
b. quando ocorrer alteração na idade de quaisquer dos BENEFICIÁRIOS que importe em mudança de faixa etária;
c. quando ocorrer a inclusão ou exclusão de BENEFICIÁRIO;
d. anualmente, por ocasião da revisão do custeio, independentemente da data da inclusão do BENEFICIÁRIO.

Parágrafo Oitavo – As adequações dos valores das contribuições mensais decorrentes das alterações mencionadas nas alíneas "a)", "b)" e "c)", do Parágrafo Sétimo, deste artigo, não são consideradas como reajuste anual, nem se confundem com a revisão do custeio.

Parágrafo Nono – Para a manutenção do benefício assistencial e em função da variação dos custos médico-hospitalares, serão avaliados os resultados financeiros apresentados e revisadas anualmente as fontes de custeio, mediante aprovação do Conselho Deliberativo e posterior comunicação à ANS, no prazo estabelecido na Legislação.

Parágrafo Décimo – Os valores das contribuições mencionadas no Parágrafo Primeiro deste artigo serão reajustados no mês de aniversário do Plano.

Parágrafo Décimo Primeiro – Este Plano, classificado como coletivo empresarial, não está sujeito aos índices de reajuste fixados pela ANS para planos individuais.

Parágrafo Décimo Segundo – As contribuições para o plano de saúde serão cobradas no próprio mês em que é garantida a cobertura e será descontado em folha salarial.

Parágrafo Décimo Terceiro – Os valores devidos que, por qualquer motivo, não tiverem sido descontados em folha salarial deverão ser pagos por intermédio de boleto

bancário emitido pela CAPESESP ou por qualquer outra forma de cobrança que venha a ser estabelecida.

Parágrafo Décimo Quarto – Em caso de não pagamento na data de vencimento, o valor devido será corrigido pela Taxa SELIC calculado de forma proporcional ao número de dias em atraso e acrescido de multa de 2% sobre o valor total do débito.

Parágrafo Décimo Quinto – Quaisquer despesas administrativas adicionais, decorrentes do atraso do pagamento das contribuições mensais dos BENEFICIÁRIOS, serão de responsabilidade do TITULAR.

Parágrafo Décimo Sexto – Para inscrição de BENEFICIÁRIOS no Plano, o TITULAR deverá quitar todos os débitos eventualmente existentes.

Art. 7º – As contribuições destinadas ao custeio do Plano não serão devolvidas aos participantes, salvo quando comprovadamente indevidas.

Art. 8º – Poderão ser instituídos pelo Conselho Deliberativo aportes de recursos financeiros complementares, de responsabilidade dos associados, realizados de forma separada da cobrança da contraprestação pecuniária do plano de saúde, visando sanar eventuais insuficiências financeiras da CAPESESP, conforme previsão contida na Resolução Normativa 137, de 14/11/2006, ou outra que vier substituí-la.

Parágrafo Único - O aporte de recursos previsto no caput não será considerado reajuste das contraprestações pecuniárias do plano.

CAPÍTULO V
INÍCIO DA COBERTURA

Art. 9º – A cobertura da assistência à saúde prevista neste Plano tem início a partir da data de adesão de cada BENEFICIÁRIO ao Plano de Benefícios Assistenciais ou da data de pagamento da contribuição mensal inicial, o que ocorrer primeiro, após cumpridos os prazos de carência previstos a seguir:

I. prazo de 24 (vinte e quatro) horas, contados a partir da data de adesão ao Plano de Benefícios Assistenciais ou da data de pagamento da contribuição mensal inicial, o que ocorrer primeiro, para consultas e demais procedimentos dispensados de autorização prévia (senha) e para atendimentos de urgência e emergência, consideradas como tais na forma da legislação, inclusive internações;

II. prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data de adesão ao Plano de Benefícios Assistenciais ou da data de pagamento da contribuição mensal inicial, o que ocorrer primeiro, para exames e tratamentos clínicos ambulatoriais que necessitam de autorização prévia (senha), assim como para internações hospitalares para tratamento clínico;
III. prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data de adesão ao Plano de Benefícios Assistenciais ou da data de pagamento da contribuição mensal inicial, o que ocorrer primeiro, para procedimentos cirúrgicos eletivos realizados em ambiente hospitalar, sob qualquer tipo de permanência (ambulatorial, hospital-dia ou internação);
IV. prazo de 300 (trezentos) dias, contados a partir da data de adesão ao Plano de Benefícios Assistenciais ou da data de pagamento da contribuição mensal inicial, o que ocorrer primeiro, para partos a termo.

Parágrafo Primeiro – Entende-se por "adesão ao Plano de Benefícios Assistenciais" a admissão por parte da CAPESESP do proponente como BENEFICIÁRIO, após análise e validação da proposta de inscrição e da documentação comprobatória correspondente.

Parágrafo Segundo – São considerados partos a termo aqueles decorrentes de gestação entre 37 (trinta e sete) semanas completas a menos de 42 (quarenta e duas) semanas completas (259 a 293 dias completos).

Parágrafo Terceiro – Caso termine a condição geradora da urgência ou emergência médica, prevista no Inciso I, será obrigatório o cumprimento de todas as carências definidas neste Artigo.

Parágrafo Quarto – Entende-se como emergência os atendimentos que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

Parágrafo Quinto – Entende-se como atendimento de urgência os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional.

Parágrafo Sexto – Ficarão isentos de cumprimento de carência os servidores ou empregados admitidos, junto com seus DEPENDENTES, desde que requeiram sua inscrição no Plano de Benefícios Assistenciais até 60 (sessenta) dias após a sua admissão nos Patrocinadores.

Parágrafo Sétimo – Ficarão também isentos do cumprimento de carência os servidores ou empregados de um novo Órgão, Entidade ou Empresa, quando da assinatura de convênio com a CAPESESP, bem como seus DEPENDENTES naturais, desde que requeiram

sua inscrição no Plano de Benefícios Assistenciais em até 60 (sessenta) dias após a publicação do convênio.

Parágrafo Oitavo – No caso de falecimento do TITULAR, serão aceitas inscrições de seus BENEFICIÁRIOS, respeitadas as normas vigentes, desde que estes sejam pensionistas do ex-associado. Caso estas inscrições ocorram em até 60 (sessenta) dias do falecimento do TITULAR, não será exigido o cumprimento de novas carências regulamentares.

Parágrafo Nono – Nos casos de urgência e emergência, fica garantido o atendimento, dentro da área geográfica de abrangência e atuação deste Plano, inclusive de internação desde a admissão até a alta, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência de cobertura. É assegurado, ainda, o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo BENEFICIÁRIO com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados do Plano, dentro da área geográfica de abrangência e atuação, respeitadas todas as regras e condições constantes deste Regulamento.

Parágrafo Décimo – A cobertura de que trata este Plano dar-se-á por tempo indeterminado, com renovação automática, enquanto o TITULAR permanecer vinculado, sem qualquer cobrança a título de taxa de renovação.

Art. 10 – O recém-nascido, filho natural ou adotivo do TITULAR, assim como seu cônjuge, poderão ser inscritos sem carência, desde que o pedido de inscrição ocorra no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados a partir do nascimento, guarda provisória concedida na adoção ou do casamento. Após este prazo deverão ser cumpridas as carências determinadas neste Regulamento.

Parágrafo Único – Para os demais casos de recém-nascidos que não possam ser incluídos no plano, por não serem DEPENDENTES aceitos, cujo parto foi coberto pelo Plano, é garantido o atendimento durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida, a partir de quando cessará a cobertura automaticamente, não sendo permitida a permanência no plano.

Art. 11 – Fica assegurada a inscrição, como DEPENDENTE natural, do menor de 18 (dezoito) anos, filho adotivo, menor sob guarda ou sob tutela judicial do TITULAR, inscrito até o prazo máximo de 60 (sessenta) dias a partir do deferimento da medida pelo juízo, incluindo a guarda provisória, isenta do cumprimento dos períodos de carência, mesmo que o TITULAR esteja cumprindo carências. Após este prazo deverão ser cumpridas as carências determinadas neste Regulamento.

Art. 12 – A migração entre planos poderá ser solicitada a qualquer tempo, não havendo a necessidade de cumprimeto de novos prazos de carência nas seguintes situações:

I. se a migração ocorrer entre planos de área geográfica e abrangência por municípios ou por grupo de municípios;
II. se a migração ocorrer de qualquer plano de acomodação individual para este;
III. se a migração ocorrer de qualquer plano de acomodação coletiva com abrangência nacional para este;

Parágrafo Único – A existência de débitos pendentes não impedirá o beneficiário de migrar para qualquer plano oferecido pela CAPESESP. A migração não o isentará da cobrança de eventuais débitos financeiros oriundos do plano anterior.

Art. 13 - A transferência deste para qualquer plano com acomodação individual implicará no cumprimento de carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização do tipo de acomodação e/ou estabelecimento hospitalar credenciado não previsto neste plano, observado o disposto no Parágrafo Único, do art. 12, deste Regulamento.

Art. 14 - A transferência deste para qualquer plano de área de abrangência e atuação nacional com acomodação coletiva implicará no cumprimento de 180 (cento e oitenta) dias para utilização de estabelecimento hospitalar não previstos neste plano, observado o disposto no Parágrafo Único, do art. 12, deste Regulamento.

CAPÍTULO VI
COBERTURA E ABRANGÊNCIA

Art. 15 – Serão cobertos os atendimentos ambulatoriais e hospitalares, inclusive os obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização (DUT) editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e vigentes à época do evento, realizados dentro da área de abrangência e atuação prevista neste Regulamento, independentemente da circunstância e do local da origem do evento, observada a rede específica do plano para as seguintes coberturas:

I. consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
II. serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

III. medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA prescritos pelo médico assistente para administração exclusivamente em ambiente interno de uma unidade de saúde, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
IV. procedimentos de reeducação e reabilitação física descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, solicitados pelo médico assistente, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
V. hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
VI. quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, assim entendidos como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;
VII. medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:

    a. medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
    b. medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

VIII. cobertura dos procedimentos de radioterapia descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
IX. Hemoterapia ambulatorial;
X. cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
XI. cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação

hospitalar em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, com padrão de acomodação em quarto coletivo (enfermaria) e em centro de terapia intensiva, ou similar, a critério do médico assistente, sendo assegurado o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar, quando do momento da internação, nos estabelecimentos credenciados pelo Plano;

XII. cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, obedecidos os seguintes critérios: que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e a regulação dos respectivos conselhos e que no caso de necessidade de realização de procedimentos, que estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, à época do evento;

XIII. órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XIV. procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, sendo garantidas: coberturas das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislação vigente, de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

XV. transplantes de córnea, rins e medula óssea e outros que venham a ser listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, de acordo com a legislação específica, entendendo-se como despesas com procedimentos vinculados todas aquelas necessárias à realização do transplante, inclusive:

a. As despesas assistenciais com doadores vivos;
b. Os medicamentos utilizados durante a internação;
c. O acompanhamento clínico nos pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, entendidos como tais aqueles utilizados em regime domiciliar, inclusive para prevenir ou evitar a rejeição;
d. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

XVI. cobertura para os seguintes procedimentos, quando previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar: hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD; quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso VI deste Artigo e os medicamentos para

tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral; procedimentos radioterápicos; hemoterapia; nutrição parenteral ou enteral; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; embolizações; radiologia intervencionista; exames pré-anestésicos ou pré- cirúrgicos; e procedimentos de reeducação e reabilitação física;

XVII. cobertura de todos os atendimentos nos casos de planejamento familiar descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XVIII. cobertura de participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica tecnicamente justificada.

Parágrafo Primeiro – A cobertura assistencial é limitada ao grupo de municípios descrito no inciso IV, do art. 1º deste Regulamento, à rede de prestadores de serviços credenciada ou referenciada da operadora e aos prazos de carência estabelecidos no contrato, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, e compreende todas as doenças previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde e as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Parágrafo Segundo – A cobertura de despesas com internação hospitalar abrange:

I. despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente;

II. cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;

III. fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

IV. cobertura de taxas e materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro da área de abrangência e atuação prevista neste regulamento, independentemente da circunstância e do local da origem do evento, observada a rede específica do plano;

V. cobertura de despesas de acomodação e alimentação de acompanhante, no caso de crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos; idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade; portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente; mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

VI. cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, desde que não sejam consideradas cirurgias estéticas ou etapa preliminar/preparo para a realização posterior de implante dentário, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses,

próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

VII. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

Parágrafo Terceiro – Para fins do disposto no Inciso VII, do Parágrafo Segundo, deste Artigo:

I. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do BENEFICIÁRIO, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção;
II. Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir a segurança necessária ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
III. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura abrangida por este Regulamento.

Parágrafo Quarto – Para fins do disposto neste Regulamento, estão cobertas as órteses, próteses e materiais especiais – OPME, classificadas como materiais utilizados pela medicina no país em listagem disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet, devendo ser observado o seguinte:

I. Cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigentes à época do evento;
II. O profissional requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
III. Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a uma junta médica constituída na forma do Parágrafo Quinto, do art. 23 deste Regulamento.

Parágrafo Quinto – Nos casos de internação hospitalar, as despesas extraordinárias não cobertas por este Plano são de exclusiva responsabilidade do TITULAR, devendo este providenciar o respectivo pagamento diretamente ao prestador de serviços.

Parágrafo Sexto – Os procedimentos de transplante, previstos neste Regulamento, deverão submeter-se à legislação específica vigente, devendo ser observado o seguinte:

I. Os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme estabelecido na legislação vigente;
II. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o Regulamento Técnico e a legislação vigente do Ministério da Saúde, que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT; e
III. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

    a. determinar o encaminhamento de equipe especializada; e
    b. providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

Parágrafo Sétimo – Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias, bem como aqueles realizados por técnicas minimamente invasivas, somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Parágrafo Oitavo – Os procedimentos ou eventos em saúde para os quais tenha sido expedida pela ANS, Diretriz de Utilização – DUT, somente terão cobertura quando for comprovado o cumprimento dos requisitos nela estabelecidos.

Art. 16 – Além do disposto no Artigo anterior, este Plano assegura a cobertura dos seguintes serviços e tratamentos com as limitações previstas por BENEFICIÁRIO:

I. Nos casos de transtornos mentais:

    a. cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
    b. cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, assim entendido

como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, proporcionando ao BENEFICIÁRIO a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar, de acordo com as Diretrizes de Utilização descritas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

c. custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica no transcorrer de 1 (um) ano de contrato.

II. Cirurgias plásticas reparadoras exclusivamente destinadas a restaurar as funções de órgão ou membro alterado por acidente pessoal ou decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

III. Nos casos das consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo a cobertura é limitada às condições e ao número de sessões previstas nas Diretrizes de Utilização da ANS e estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

IV. Nos casos de Obstetrícia, a cobertura deste Plano compreende, ainda, os procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

a. cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

1. pré-parto;
2. parto; e
3. pós–parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

b. cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO, ou de seu DEPENDENTE, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

c. opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO, como DEPENDENTE, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

Parágrafo Primeiro – A atenção à saúde dos portadores de transtornos mentais terá como princípio a adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando o aumento de sua autonomia.

Parágrafo Segundo – A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

Parágrafo Terceiro – Nos casos em que a internação psiquiátrica exceder o prazo máximo de cobertura integral estabelecido na alínea "c", do inciso I, do caput deste artigo, será cobrada a coparticipação prevista na alínea "c)", do Parágrafo Quinto, do art. 6º deste Regulamento.

Parágrafo Quarto – Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente e de acordo com o disposto neste Regulamento.

Art. 17 - Os procedimentos e eventos cobertos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a CAPESESP e seus prestadores de serviços de saúde.

Parágrafo Primeiro - Os procedimentos serão de cobertura obrigatória quando solicitados e devidamente justificados pelo médico assistente, conforme disposto no art. 12, da Lei n.º 9.656/98, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

Parágrafo Segundo - Nos procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, visando a adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento, conforme Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 100, de 18 de março de 2010 e Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1950, de 10 de junho de 2010.

Art. 18– Este Plano assegura cobertura de remoção do beneficiário que tenha cumprido o período de carência, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar na mesma área de abrangência geográfica e de atuação, conforme Resolução Normativa – RN n.º 347, de 02 de abril de 2014, da ANS, ou outro normativo que vier a substituí-la, nos seguintes casos:

a. de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital credenciado da operadora, vinculado ao plano de saúde do beneficiário;
b. de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital credenciado vinculado ao plano de saúde do beneficiário;
c. de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado vinculado ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital credenciado da operadora, vinculado ao plano de saúde do beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;
d. de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não credenciado ao plano de saúde do beneficiário localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital credenciado vinculado ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto nos arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, da ANS; e
e. de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado vinculado ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital credenciado, vinculado ao plano de saúde do beneficiário, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico, como nos casos de direcionamento por Clínica de Atenção Primária à Saúde.

Parágrafo Primeiro – A remoção prevista no caput deste Artigo está limitada à transferência para a unidade hospitalar credenciada mais próxima ao local de origem, respeitada a área de atuação do produto contratado pelo beneficiário.

Parágrafo Segundo – Nos casos em que o BENEFICIÁRIO estiver cumprindo período de carência, fica garantida a cobertura de remoção após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência. Caso não possa haver a remoção em decorrência de risco de vida, o BENEFICIÁRIO e o prestador do atendimento negociarão entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, o Plano, desse ônus. Entretanto, será coberta por este Plano a remoção do paciente para uma unidade do SUS visando a continuidade do atendimento. Para tanto, será disponibilizada ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando a responsabilidade deste Plano sobre o custeio da remoção e das despesas médicas do paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

Parágrafo Terceiro – As modalidades de remoção cobertas pelo Plano são as seguintes:

I. em ambulância simples com acompanhamento médico facultativo, condicionada a uma justificativa médica formal da sua necessidade;
II. em ambulância de serviços de tratamento intensivo com acompanhamento médico para casos de pacientes gravemente enfermos, internados em Unidade de Tratamento Intensivo – UTI, ou Unidade Intermediária – UI, ou em uso de equipamentos médico-hospitalares.

Art. 19 - A remoção de beneficiários que já tenham cumprido o período de carência não será obrigatória nas seguintes hipóteses:

a. de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos nos arts. 4º, 5º e 6º, da RN nº 259, de 2011, da ANS; ou
b. de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado, vinculado ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora.

CAPÍTULO VII
EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 20 – Estão excluídos de cobertura pelo Plano todos os eventos e despesas não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, instituído pela legislação vigente que regulamenta os planos de assistência à saúde, bem como os seguintes procedimentos:

I. procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia realizados à revelia da CAPESESP e sem atendimento às condições previstas neste regulamento;
II. tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina, e, ainda, aqueles que não possuem indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ou outro normativo que venha a substituí-lo;
III. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração total ou parcial da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, conforme assim definido no Rol

de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, independentemente da existência de indicação médica;

IV. cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

V. inseminação artificial, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

VI. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

VII. tratamentos em estabelecimentos para acolhimento ou asilamento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

VIII. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

IX. fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

X. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto aqueles previstos para tratamento oncológico conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XI. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XII. procedimentos médico-hospitalares decorrentes de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XIII. despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidente, exceto cirurgias buco-maxilares que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;

XIV. os tipos de remoção não previstos neste Regulamento;

XV. despesas hospitalares extraordinárias quando da internação, assim consideradas aquelas que não estejam previstas neste Regulamento, tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento; lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaiquer outras despesas que não estejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;

XVI. acomodação e alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do beneficiário, salvo nas seguintes situações: crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos; idosos a partir do 60 (sessenta) anos de idade; portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente; mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

XVII. enfermagem em caráter particular seja em âmbito hospitalar ou domiciliar;

XVIII. qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência, inclusive as dietas e terapias nutricionais e suplementação;

XIX. terapias alternativas em saúde, bem como outras não previstas neste Regulamento;

XX. transplantes, exceto os de córnea, rins e medula óssea, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento ou outro normativo que venha a substituí-lo;

XXI. despesas médico-hospitalares referentes a exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;

XXII. despesas médicas, laboratoriais e hospitalares, de qualquer natureza, realizadas antes do cumprimento das carências ou da efetivação da inscrição no Plano;

XXIII. despesas médicas, laboratoriais e hospitalares, de qualquer natureza, efetuadas em prestadores de serviços localizados fora do território nacional;

XXIV. procedimentos médico-hospitalares realizados fora da área de atuação ou da rede credenciada, ressalvada a situação excepcional de urgência e emergência ocorrida dentro da área de atuação do produto, garantida por lei, nos termos previstos neste regulamento;

XXV. procedimentos diagnósticos e terapêuticos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XXVI. aplicação de vacinas preventivas;

XXVII. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXVIII. aparelhos ortopédicos;

XXIX. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXX. consulta, tratamento ou outro procedimento, concernentes a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XXXI. tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;

XXXII. estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

XXXIII. cirurgia para mudança de sexo;

XXXIV. avaliação pedagógica;

XXXV. orientações vocacionais;

XXXVI. investigação de partenidade, maternidade ou consanguinidade;

XXXVII. honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para realização dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação odontológica.

CAPÍTULO VIII
UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Art. 21 - Os serviços médicos e hospitalares cobertos pelo Plano serão prestados através de médicos, clínicas, laboratórios, hospitais e outros prestadores de serviços credenciados ou contratados dentro da área de abrangência e atuação prevista neste Regulamento, priorizando-se a Atenção Primária à Saúde, conforme especificado a seguir:

I. Consultas: são garantidas as consultas em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sendo que nas regiões (municípios e seus limítrofes) em que houver rede de atenção primária definida, o atendimento deve ser realizado previamente, de forma obrigatória, com o médico referência (clínico geral ou geriatra, pediatra ou ginecologista) disponível nas clínicas indicadas pela CAPESESP, que procederá com a indicação ao especialista, quando cabível;
II. Consultas/sessões com nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta: após a autorização prévia, os Beneficiários serão atendidos no consultório ou na clínica do profissional indicado pela CAPESESP, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do Plano, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
III. Exames complementares e serviços auxiliares de diagnósticos e terapia: após a autorização prévia, os Beneficiários serão atendidos no prestador indicado pela CAPESESP, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do plano, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
IV. Atendimentos clínicos, cirúrgicos, demais terapias e demais coberturas ambulatoriais: após a autorização prévia, os Beneficiários serão atendidos no prestador indicado pela CAPESESP, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do plano, ressalvados os casos de urgência ou de emergência.

Parágrafo Primeiro – Nos casos em que houver rede de atenção primária definida, é considerado uso indevido o acesso direto do beneficiário ao especialista, sem a indicação prévia do médico referência de que trata o inciso I do caput deste artigo, ressalvadas as situações comprovadas de urgência ou de emergência.

Parágrafo Segundo – É facultado à CAPESESP direcionar a realização de exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independentemente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.

Parágrafo Terceiro – As informações sobre a rede de atenção primária e a rede de prestadores de serviços credenciados de que trata o caput deste Artigo encontram-se disponíveis no site da CAPESESP ou através da Central de Relacionamento com os Associados.

Parágrafo Quarto – Eventuais alterações nas redes de atenção primária e credenciada obedecem ao disposto na legislação vigente à época.

Parágrafo Quinto – Fica assegurado que a inclusão como contratados, referenciados ou credenciados implica compromisso para com os BENEFICIÁRIOS quanto à manutenção do estabelecimento de saúde, ao longo da vigência dos contratos, sendo facultada a substituição na forma prevista na legislação.

Parágrafo Sexto – Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do BENEFICIÁRIO, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. Excetuam-se do aqui disposto os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o BENEFICIÁRIO.

Parágrafo Sétimo – Poderá ser disponibilizada a rede credenciada de outra operadora, fora do município sede da CAPESESP, mas dentro da área de abrangência e atuação prevista neste Regulamento, mediante a celebração de contrato ou convênio, visando oferecer garantia de atendimento dos serviços de assistência à saúde oferecidos pelo Plano.

Art. 22 – Para serem atendidos na Rede Credenciada, os BENEFICIÁRIOS deverão obrigatoriamente apresentar os seguintes documentos:

I. cartão de identificação do Plano, dentro da validade;
II. cédula de identidade.

Art. 23 – Os seguintes procedimentos necessitam de autorização prévia (senha) para cobertura:

I. internações de qualquer natureza, inclusive aquelas sob a forma de hospital-dia;
II. todos os procedimentos médico-hospitalares que forem realizados em caráter ambulatorial, exceto os previstos no Parágrafos Primeiro e Segundo deste Artigo;

Parágrafo Primeiro – Fica dispensada a solicitação de autorização prévia (senha) para: consultas médicas, eletrocardiograma, procedimentos de patologia clínica (exames de laboratório) e de radiodiagnóstico simples sem uso de contrastes.

Parágrafo Segundo – Poderá ser dispensada a solicitação de autorização prévia (senha) para outros procedimentos, os quais constarão de listagem que estará disponível para consulta do BENEFICIÁRIO na página da Entidade na internet.

Parágrafo Terceiro – Para as internações comprovadamente de urgência e emergência, a solicitação de senha poderá ser feita no prazo de 48 (quarenta e oito) horas após a admissão ou início do atendimento no estabelecimento hospitalar, para a formalização da autorização do Plano para a respectiva internação.

Parágrafo Quarto – Sempre que julgar necessário para fins de avaliação e autorização prévia, o Plano poderá solicitar justificativa técnica complementar a ser fornecida pelo médico assistente, bem como parecer de outro especialista.

Parágrafo Quinto – Fica assegurada, no caso da ocorrência de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por profissional indicado pelo Plano e por um terceiro, escolhido de comum acordo entre as partes, cuja remuneração ficará a cargo do Plano, observado o disposto na legislação vigente.

Art. 24 – Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, independentemente de pertencer ou não à rede credenciada do Plano.

Art. 25 – O Plano poderá utilizar mecanismos de direcionamento ou referenciamento para indicação de rede de prestadores de serviços.

Art. 26 – Na hipótese de utilização de prestadores de serviços disponibilizados nos termos do Parágrafo Sétimo, do Art. 21, deste Regulamento, poderão ser estabelecidas regras adicionais relativas à identificação do BENEFICIÁRIO e à autorização prévia para realização de procedimentos.

CAPÍTULO IX
REEMBOLSO

Art. 27 - Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos de assistência à saúde, prestados ao BENEFICIÁRIO, na área de abrangência e cobertura do Plano, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela operadora, sempre que:

I. se configurar urgência/emergência, devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento, em que haja inexistência ou indisponibilidade de prestador credenciado na rede assistencial, que ofereça o serviço ou o procedimento, observada a abrangência geográfica e de atuação, bem como de rede específica do plano;
II. se configurar atendimento eletivo em que haja inexistência ou indisponibilidade de prestador credenciado na rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento, em conformidade com a cobertura do plano contratado, observada a área de abrangência geográfica e de atuação, bem como da rede específica do plano e que a CAPESESP não consiga disponibilizar o serviço dentro dos prazos estabelecidos pela RN 259/2011, expedida pela ANS ou outra que vier a substituí-la, comprovado, mediante a apresentação do protocolo de atendimento emitido pela CAPESESP.

Parágrafo Único – O pagamento do reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada, de acordo com os valores pagos, descontando-se o valor cobrado a título de coparticipação, desde que o pedido de reembolso seja apresentado ao Plano no prazo máximo de até 90 (noventa) dias contados da realização do evento ou da alta hospitalar e sejam apresentados os documentos em via original elencados no art. 29 deste Regulamento, os quais posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

Art. 28 – Todas as normas definidas quanto à abrangência, cobertura, carências, exclusões, autorizações prévias (senhas), coparticipações e limites previstos neste Regulamento se aplicam, também, para os casos de pedidos de reembolso.

Art. 29 – Além do formulário próprio devidamente preenchido e assinado pelo TITULAR, é necessária a apresentação da seguinte documentação original para solicitação do reembolso:

I. Nos casos de consultas médicas:

   a. quando o prestador de serviços é um profissional autônomo (pessoa física): recibo de pagamento a autônomo – RPA ou similar;
   b. quando o prestador de serviços é uma pessoa jurídica: nota fiscal de prestação de serviços;

II. Na hipótese da despesa se referir à realização de exames, pequenos atendimentos e tratamentos sequenciais:

   a. quando o prestador de serviços é um profissional autônomo (pessoa física): RPA ou similar e o pedido médico contendo a indicação clínica que justifique a realização do procedimento;

b. quando o prestador de serviços é uma pessoa jurídica: nota fiscal de prestação de serviços e o pedido médico contendo a indicação clínica que justifique a realização do procedimento.

III. Nos casos de honorários médicos decorrentes de internações:

a. quando o prestador de serviços é um profissional autônomo (pessoa física): RPA e o relatório médico contendo o diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e, se for o caso, a condição de urgência ou emergência;
b. quando o prestador de serviços é uma pessoa jurídica: nota fiscal de prestação de serviços e o relatório médico contendo o diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e, se for o caso, a condição de urgência ou emergência.

IV. Na hipótese de reembolso de despesas hospitalares decorrentes de uma internação:

a. nota fiscal de prestação de serviços;
b. conta hospitalar analítica em papel timbrado da empresa, contendo a discriminação de todos os gastos provenientes da internação, período, tipo de acomodação e principais intercorrências;
c. relatório médico contendo o diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e, se for o caso, a condição de urgência ou emergência.

V. Nos casos de remoções:

a. nota fiscal de prestação de serviços;
b. conta analítica em papel timbrado da empresa, contendo a discriminação de todos os gastos provenientes da remoção, tais como o tipo de ambulância utilizada (simples ou UTI), o trajeto percorrido, citando o local de origem e destino da remoção, bem como a quantidade de quilômetros rodados;
c. relatório médico que comprove a adequação do pedido de reembolso ao estabelecido no art. 18 deste Regulamento.

Parágrafo Primeiro – No RPA deve constar a devida identificação do médico assistente, com nome, n.º do CPF, n.º do CRM; endereço do consultório e assinatura, bem como a discriminação do nome do paciente atendido; os eventos realizados, seus respectivos valores unitários ou totais; e a data de cada atendimento, inclusive no caso de tratamentos sequenciais, bem como a especialidade médica, nos casos de consulta.

Parágrafo Segundo - Na nota fiscal de serviços devem constar a devida identificação da instituição, com nome, n.º do CNPJ, n.º da inscrição estadual, n.º da inscrição municipal e endereço, bem como a discriminação do nome do paciente atendido; os eventos realizados, seus respectivos valores unitários e totais; e a data de cada atendimento, inclusive no caso de tratamentos sequenciais, bem como a especialidade médica, nos casos de consulta.

CAPÍTULO X
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 30 – A CAPESESP reserva-se o direito de realizar perícias médicas quando julgar necessário.

Art. 31 – São partes integrantes deste Regulamento todos os documentos entregues ao BENEFICIÁRIO que tratem de assuntos pertinentes a este Plano de Saúde, dentre esses: Proposta de Adesão, Guia do BENEFICIÁRIO e Guia de Leitura Contratual.

Art. 32 – Os casos omissos na aplicação deste Regulamento serão analisados pela Diretoria Executiva da CAPESESP.

CAPÍTULO XI
ELEIÇÃO DE FORO

Art. 33 – As partes elegem o foro da comarca do contratante para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes deste contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CAPÍTULO XII
VIGÊNCIA

Art. 34 – O presente Regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho Deliberativo.

REGULAMENTO

REGULAMENTO DO PLANO
CAPESAÚDE PERFIL **PIAUÍ | PI**

Registro ANS **Nº 483.106/19-3**

CAPESAÚDE perfil

CAPESESP
www.capesesp.com.br

ANS - Nº 324477