



CAPESESP

REGULAMENTO
CAPESAÚDE
ODONTOLÓGICO 1

Reg. ANS Nº 456.556/07-08

ANS - Nº 324477

ÍNDICE

REGULAMENTO DO PLANO DE BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS

	Página
OBJETO	5
BENEFICIÁRIOS	5
BENEFÍCIOS	8
INSCRIÇÃO E DESLIGAMENTO	10
CUSTEIO	13
DISPOSIÇÕES GERAIS	14

REGULAMENTO CAPESAÚDE PLANO ODONTOLÓGICO

	Página
OBJETO	15
CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	15
CONTRIBUIÇÕES PARA CUSTEIO DO PLANO	15
INÍCIO DA COBERTURA	17
COBERTURA E ABRANGÊNCIA	20
EXCLUSÕES	21
UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA	22
REEMBOLSO	23
DISPOSIÇÕES GERAIS	26
ELEIÇÃO DE FORO	27

REGULAMENTO DO PLANO DE BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS

CAPÍTULO I

OBJETO

Art. 1º – Este Regulamento tem por objetivo dispor sobre a concessão de benefícios de natureza assistencial, de acordo com a legislação vigente.

CAPÍTULO II

BENEFICIÁRIOS

Art. 2º– Para efeito deste Regulamento, BENEFICIÁRIOS são os TITULARES, DEPENDENTES e PENSIONISTAS, respeitadas as disposições deste Regulamento.

Parágrafo Único: Os DEPENDENTES serão classificados como DEPENDENTES NATURAIS e DEPENDENTES AGREGADOS.

Art. 3º – Podem ser TITULARES:

- a. servidores ativos, inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial e de emprego público, das Patrocinadoras;
- 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 das Patrocinadoras, assim como ex-empregados e ex-administradores da própria Capesesp, observado o disposto no Parágrafo Único;
- e. empregados, administradores e aposentados da própria Capesesp.

Parágrafo Único - Os BENEFICIÁRIOS previstos na alínea “d” somente poderão permanecer no Plano de Benefícios Assistenciais, se optarem pela manutenção

no prazo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento funcional, obedecendo-se a legislação específica, desde que assumam o seu pagamento integral.

Art. 4º – Podem ser DEPENDENTES:

I. Na condição de DEPENDENTES NATURAIS:

- a. o cônjuge, o companheiro ou a companheira na 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, observado o disposto nas alíneas “c”, “d”, “e” e “f”;
- h. os menores sob tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas “c”, “d”, “e” e “f”;
- 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.

II - Na condição de DEPENDENTE-AGREGADO:

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

Parágrafo Primeiro – 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 Segundo - O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do TITULAR, conforme declaração anual do Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, 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 Terceiro – Poderá, a qualquer tempo, ser definido o ingresso de novos tipos de dependentes, respeitando-se o limite fixado em legislação específica.

Art. 5º – Consideram-se PENSIONISTAS os dependentes dos TITULARES falecidos reconhecidos pelo Patrocinador ou pelo Regime Geral de Previdência Social para recebimento de pensão paga pelo órgão previdenciário.

Parágrafo Único: Para fins do disposto neste Regulamento, os PENSIONISTAS equiparam-se aos TITULARES, podendo inscrever dependentes, exceto aqueles previstos no Parágrafo Segundo do Art. 4º.

CAPÍTULO III

BENEFÍCIOS

Art. 6º – Os benefícios assistenciais previstos neste Regulamento são:

I – Assistência médica, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, de acordo com o plano escolhido pelo TITULAR, prestada aos BENEFICIÁRIOS conforme Regulamentos específicos e características constantes dos produtos registrados na ANS, mediante adesão voluntária e contribuição específica;

II - Assistência Farmacêutica:

- a. Reembolso Medicamento – Benefício exclusivo para o TITULAR e seus DEPENDENTES NATURAIS, que consiste no reembolso de parte das despesas com medicamentos, limitadas a valores mínimos e máximos, e conforme normas regulamentares específicas;
- b. Auxílio-Medicamento de Uso Contínuo – Assistência farmacêutica concedida mediante fornecimento de medicamentos para tratamento de um conjunto delimitado de patologias crônicas e conforme normas regulamentares específicas;
- c. Auxílio-Medicamento Antineoplásico – Assistência farmacêutica concedida mediante fornecimento de medicamentos de administração oral e ambulatorial para tratamento das doenças neoplásicas e conforme normas regulamentares específicas;
- d. Descontos em Medicamentos - Consiste na disponibilização de uma rede de farmácias credenciadas com desconto variável para aquisição de medicamentos pertencentes a uma listagem atualizada periodicamente, conforme normas regulamentares específicas.

III - Assistência Odontológica, conforme opção do TITULAR, prestada aos

BENEFICIÁRIOS conforme Regulamento específico e características constantes do produto registrado na ANS, mediante adesão voluntária e contribuição específica.

IV – Outros benefícios de natureza assistencial

- a. Auxílio órtese e prótese – Benefício restrito ao TITULAR, que consiste no fornecimento ou reembolso de despesas com aquisição de aparelhos para complementar ou substituir a função de órgãos e conforme normas regulamentares específicas;
- b. Capesaúde Urgente – Atendimento diferenciado, complementar à assistência prevista no item I, abrangendo orientação médica por telefone e/ou assistência domiciliar em situações emergenciais, mediante adesão voluntária, contribuição própria e normas regulamentares específicas;
- c. Auxílio Oxigenoterapia Domiciliar – Consiste na disponibilização temporária de equipamentos concentradores de oxigênio a partir do ar ambiente, para portadores de insuficiência respiratória, com coparticipação do beneficiário no pagamento e conforme normas regulamentares específicas;
- d. Auxílio-Funeral - auxílio financeiro, concedido por meio de reembolso exclusivo ao TITULAR e conforme normas regulamentares específicas, para cobertura das despesas funerárias com o falecimento do seu DEPENDENTE NATURAL vinculado ao Plano de Benefícios Assistenciais, devidamente cadastrado como tal;
- e. Internação Domiciliar - Em casos selecionados, quando as condições clínicas permitirem, poderá ser oferecida a opção de substituir o tratamento que seria realizado no hospital pelo tratamento domiciliar, conforme normas regulamentares específicas.

Parágrafo Único – Novos benefícios assistenciais poderão ser criados, preferentemente aqueles que privilegiem a promoção da saúde e prevenção de doenças.

CAPÍTULO IV

INSCRIÇÃO E DESLIGAMENTO

Art. 7º– Para a inscrição é necessário a apresentação de proposta de adesão devidamente preenchida e assinada pelo TITULAR e dos respectivos documentos comprobatórios, conforme o disposto nas normas vigentes na data da inscrição.

Parágrafo Primeiro - Caberá ao associado encaminhar à Capesesp as solicitações de inscrição dos TITULARES, DEPENDENTES NATURAIS e PENSIONISTAS, por meio de envio das propostas de adesão devidamente preenchidas e assinadas pelo TITULAR, data em que será considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência, bem como remeter os pedidos de exclusão até o último dia de cada mês.

Parágrafo Segundo - O TITULAR é responsável direto pelos atos praticados por todos os integrantes de seu grupo familiar, incluindo os DEPENDENTES-AGREGADOS, 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, para permanecer vinculados ao Plano de Benefícios Assistenciais serão reclassificados para condição de DEPENDENTE AGREGADO, porém não poderão inscrever quaisquer dependentes. Neste caso, a contribuição será paga de acordo com os preços estipulados nos produtos específicos para este tipo de dependente, podendo requerer o seu desligamento a qualquer tempo.

Parágrafo Quarto - Os BENEFICIÁRIOS que estejam inscritos como DEPENDENTES-AGREGADOS na data do óbito do TITULAR permanecerão nesta condição, sem possibilidade de inscrever quaisquer dependentes, assumindo a responsabilidade pelo pagamento da contribuição mensal, salvo se solicitarem expressamente o seu desligamento no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do falecimento do TITULAR.

Parágrafo Quinto - Serão admitidas inscrições de BENEFICIÁRIOS que não

sejam reconhecidos como DEPENDENTES NATURAIS pelos Patrocinadores, desde que o TITULAR assumam também o custeio da parcela Patronal.

Parágrafo Sexto - Toda inscrição implica na aceitação irrestrita das disposições contidas neste Regulamento e no Estatuto da Capesesp.

Parágrafo Sétimo - A Capesesp se reserva 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 Oitavo - Os TITULARES deverão, obrigatoriamente, comunicar à Capesesp e à PATROCINADORA, 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 “e”, Inciso III do Artigo 8º.

Parágrafo Nono - Os DEPENDENTES NATURAIS, bem como os pais ou padrastos, as mães ou madrastas, dependentes economicamente do TITULAR, conforme declaração anual do imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, serão obrigatoriamente inscritos na mesma opção de Plano do TITULAR.

Parágrafo Décimo - Os TITULARES poderão inscrever DEPENDENTES-AGREGADOS em outras opções de planos disponíveis para este tipo de BENEFICIÁRIO, independentemente do plano em que estiver inscrito.

Art. 8º –O desligamento do BENEFICIÁRIO ocorrerá nas seguintes situações:

- a. por solicitação escrita do TITULAR à PATROCINADORA, que deverá encaminhar o pedido à Capesesp até o último dia útil do mês;
- b. por falecimento;
- c. por atraso de pagamento da contribuição mensal por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não;
- d. por inelegibilidade ou perda dos direitos de titularidade ou dependência, ressalvadas as situações específicas previstas neste Regulamento;

e. por fraude, sendo as penalidades aplicadas de acordo com o tipo de ocorrência a seguir:

- I - Exclusão definitiva nas situações que envolvam a utilização de procedimentos através do sistema de livre-escolha e da rede credenciada gerando vantagem pecuniária para quaisquer das partes envolvidas, bem como nos casos de reincidência de qualquer outro tipo de fraude;
- II - 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 'I';
- III - Exclusão por 360 (trezentos e sessenta dias) nos casos de manutenção indevida de BENEFICIÁRIOS no plano.

Parágrafo Primeiro - Nos casos definidos na alínea “e”, o participante que cometeu a fraude é quem sofrerá a penalidade prevista neste Regulamento. No caso do TITULAR, todo o grupo familiar será excluído.

Parágrafo Segundo - Na hipótese prevista na alínea “e”, 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 na alínea “e”.

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

- a. 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.

Parágrafo Sexto - Os desligamentos efetuados por solicitação escrita do TITULAR durante o mês só poderão ser efetivados com vigência a partir do 1º dia do mês subsequente, não gerando, dessa forma, devolução proporcional de contribuição mensal.

CAPÍTULO V

CUSTEIO

Art. 9º – O Plano de Benefícios Assistenciais será custeado por:

- a. contribuições mensais das Patrocinadoras, referentes aos TITULARES, DEPENDENTES NATURAIS e PENSIONISTAS;
- b. contribuições mensais, relativas aos BENEFICIÁRIOS, de acordo com o plano escolhido pelo TITULAR, conforme condições e tabelas contidas nos regulamentos específicos de cada produto registrado na ANS;
- c. coparticipação financeira na realização de procedimentos e eventos em saúde, conforme condições e tabelas contidas nos regulamentos específicos de cada produto registrado na ANS.

Parágrafo Primeiro - Os BENEFICIÁRIOS que não sejam reconhecidos como DEPENDENTES NATURAIS pelas Patrocinadoras poderão ser inscritos ou permanecer no Plano de Benefícios Assistenciais desde que o TITULAR assuma também o custeio da parcela Patronal, prevista na alínea “a” deste Artigo.

Parágrafo Segundo - Para a manutenção da cobertura do Plano de Benefícios Assistenciais é imprescindível que os TITULARES estejam com o pagamento das suas contribuições em dia, assegurados os prazos legais.

Parágrafo Terceiro – Para inscrição de BENEFICIÁRIOS no Plano de Benefícios Assistenciais o TITULAR deverá quitar todos os débitos eventualmente existentes.

Parágrafo Quarto - A coparticipação financeira mencionada na alínea “c” tem como objetivo atuar como fator moderador e será cobrada em relação à utilização de consultas, exames e/ou outros procedimentos médicos e

odontológicos, conforme tabelas e condições contidas nos regulamentos específicos de cada plano registrado na ANS.

Art. 10 – As contribuições destinadas ao custeio do Plano de Benefícios Assistenciais não serão devolvidas aos participantes, salvo quando comprovadamente indevidas.

Art. 11 – As eventuais insuficiências financeiras da Capesesp, no que se refere ao Plano de Benefícios Assistenciais, poderão ser cobertas pelas Patrocinadoras e/ou por rateio entre os TITULARES, conforme definido pelo Conselho Deliberativo.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 12 – A Capesesp se reserva o direito de realizar perícias médicas quando julgar necessário.

Art. 13 – 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. 14 – Os casos omissos na aplicação deste Regulamento serão analisados pela Diretoria Executiva da Capesesp.

Art. 15 – Este Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho Deliberativo, revogando-se as disposições do Regulamento anterior.

REGULAMENTO CAPESAÚDE PLANO ODONTOLÓGICO

CAPÍTULO I

OBJETO

Art. 1º - Este Regulamento tem por objeto estabelecer normas e diretrizes sobre prestação continuada de serviços assistenciais, por prazo indeterminado, através do Plano Privado Coletivo de Assistência Suplementar à Saúde exclusivamente Odontológico, com características de contrato de adesão, denominado Capesaúde - Odontológico I (produto n.º 456.556/07-08) na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/1998, visando à Assistência Odontológica com a cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Parágrafo Único - O presente Regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho Deliberativo.

CAPÍTULO II

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 2º - O plano destina-se os TITULARES inscritos no Plano de Benefícios Assistenciais da Capesesp e seus respectivos DEPENDENTES.

CAPÍTULO III

CONTRIBUIÇÕES PARA CUSTEIO DO PLANO

Art. 3º - O do plano de que trata este Regulamento se dá por meio de contribuição da Patrocinadora, estabelecida conforme normas da administração pública direta ou indireta, bem como de contribuições que são de responsabilidade exclusiva do TITULAR para custeio de seu plano de assistência à saúde exclusivamente odontológico e de seus DEPENDENTES, conforme parâmetros a seguir:

- a. Tabela de valores de contribuição mensal preestabelecidos: R\$ 12,27 por beneficiário;
- b. Coparticipação financeira dos beneficiários pela utilização dos serviços e de acordo com o grupo do procedimento:

Procedimentos de DIAGNÓSTICO 30%

Procedimentos de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA 30%

Procedimentos de RADIOLOGIA 30%

Procedimentos de DENTÍSTICA 30%

Procedimentos de PERIODONTIA 30%

Procedimentos de ENDODONTIA 30%

Procedimentos de CIRURGIA 30 %

Procedimentos de PRÓTESE 30 %

Parágrafo Primeiro - Para a manutenção dos benefícios e em função da variação dos custos odontológicos, serão avaliados os resultados financeiros apresentados e revisadas anualmente, as fontes de custeio, mediante aprovação do Conselho Deliberativo e posterior comunicação à ANS, dentro do prazo estabelecido na Legislação.

Parágrafo Segundo - Independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, os valores de suas contribuições serão reajustadas no mês de outubro.

Parágrafo Terceiro - Este Plano, classificado como Plano Privado Coletivo de Assistência à Saúde Exclusivamente Odontológico, não está sujeito aos índices de reajuste fixados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para Planos Privados Individuais e Familiares Exclusivamente Odontológicos.

Parágrafo Quarto - As contribuições para o plano de saúde serão cobradas no próprio mês em que é garantida a cobertura.

Parágrafo Quinto - 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 Sexto - Em caso de não pagamento na data de vencimento, o valor devido por período inferior a 3 meses, 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 e o valor devido por período superior a 3 meses será corrigido pela variação do valor nominal do IPCA acrescido dos juros de mora de 0,5% a.m., calculado de forma proporcional em relação ao número de dias em atraso e multa de mora de 2% sobre o valor total do débito.

Parágrafo Sétimo - Quaisquer despesas administrativas adicionais, decorrentes do atraso do pagamento das contribuições mensais dos beneficiários, serão cobradas do TITULAR.

Parágrafo Oitavo - O pagamento referente à co-participação financeira dos beneficiários pela utilização dos serviços será cobrado pela Capesesp após efetivação do serviço e remuneração do credenciado.

CAPÍTULO IV

INÍCIO DA COBERTURA

Art. 4º - A cobertura da assistência Odontológica prevista neste Regulamento tem início a partir da data de adesão ao Plano de Benefícios Assistenciais ou da data de pagamento da contribuição mensal inicial, o que ocorrer primeiro, após o cumprimento dos prazos de carência previstos a seguir:

- a) prazo de 24 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 atendimentos de urgência e emergência;
- b) prazo de 90 dias, para os procedimentos nas especialidades de cirurgia, endodontia, periodontia, odontopediatria, radiologia, odontologia clínica e dentística;

- c) prazo de 180 dias para os procedimentos de prótese dentária.

Parágrafo Primeiro - Entende-se por “adesão ao Plano de Benefícios Assistenciais” a admissão por parte da Capesesp do proponente como associado, após análise e validação da proposta de inscrição e da documentação comprobatória correspondente.

Parágrafo Segundo - Entende-se como procedimentos de URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA os listados a seguir:

- I. Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial;
- II. Curativo em caso de odontalgia aguda /pulpectomia/necrose;
- III. Imobilização dentária temporária;
- IV. Recimentação de trabalho protético;
- V. Tratamento de alveolite;
- VI. Colagem de fragmentos;
- VII. Incisão e drenagem de abscesso extra oral;
- VIII. Incisão e drenagem de abscesso intraoral;
- IX. Reimplante de dente avulsionado;
- X. Emergência Inespecífica.

Parágrafo Terceiro - É assegurado 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 Capesaúde – odontológico I, de acordo com a relação de preços de serviços odontológicos praticados pela operadora, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada, a saber:

- a. Relatório detalhado e odontograma preenchido com o tratamento realizado, datado, carimbado, com número de CRO e assinado pelo profissional;
- b. Recibo original, em nome do titular ou dependente, (pré-impreso ou carimbado com número do CRO e do CPF), assinatura do profissional, nome do prestador do serviço, discriminando os serviços prestados; ou Nota Fiscal original, em nome do titular ou dependente, constando o número do CNPJ, carimbo com número do CRO e assinatura do profissional, discriminando os serviços prestados;
- c. Para reembolso de exodontia (cirurgia) realizada em atendimento de urgência / emergência, é necessária, ainda, a apresentação de radiografia periapical pré e pós-operatória.

Parágrafo Quarto - Ficarão isentos de carência os servidores ou empregados admitidos, junto com seus dependentes, desde que requeiram sua inscrição no Plano de Benefícios Assistenciais até 30 (trinta) dias após a sua admissão nas Patrocinadoras.

Parágrafo Quinto - Ficarão também isentos 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 Sexto - A cobertura de que trata este Regulamento dar-se-á por tempo indeterminado, com renovação automática enquanto permanecer o vínculo do associado ao Plano de Benefícios Assistenciais, sem qualquer cobrança a título de taxa de renovação do contrato.

Art. 5º - O recém nascido, filho natural ou adotivo, assim como o cônjuge, poderão ser inscritos sem carência, desde que o pedido de inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir do nascimento, da guarda provisória concedida na adoção ou do casamento. Após este prazo, deverão ser cumpridas as carências determinadas neste Regulamento.

Parágrafo Primeiro - No caso do recém nascido, filho natural ou adotivo do Titular, cuja inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do

nascimento ou adoção, fica assegurada a isenção do período de carência, mesmo que o Titular esteja cumprindo carências.

Artigo 6º - Fica assegurada a inscrição, como dependente natural, do menor de 18 anos, filho adotivo, a partir da guarda provisória deferida pelo juízo, isenta do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da guarda provisória em adoção, mesmo que o beneficiário esteja cumprindo carências, ou mediante o aproveitamento das carências já cumpridas pelo usuário adotante caso a inscrição ocorra após o prazo de 30 dias da guarda provisória em adoção.

Artigo 7º - Fica assegurada a inscrição, como dependente natural, do menor sob guarda ou tutela do TITULAR, a partir da guarda ou da tutela deferida pelo juízo, isenta do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da guarda ou tutela, mesmo que o beneficiário esteja cumprindo carências, ou mediante o aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário adotante caso a inscrição ocorra após o prazo de 30 dias da guarda ou tutela.

CAPÍTULO V

COBERTURA E ABRANGÊNCIA

Art. 8º - Serão cobertos por este Plano os eventos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, vigentes à época do evento, instituído pela legislação que regulamenta os planos de saúde, incluindo:

- a. cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente; (art. 12, IV, “a” da Lei n.º 9.656/98);
- b. cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia; (art. 12, IV, “b” da Lei n.º 9.656/98);
- c. cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral (art. 12, IV, “c” da Lei n.º 9.656/98).

Parágrafo Primeiro - A cobertura de que trata este Artigo compreende os procedimentos de DIAGNÓSTICO, URGÊNCIA/EMERGÊNCIA,

RADIOLOGIA, PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL, DENTÍSTICA, PERIODONTIA, ENDODONTIA, CIRURGIA e PRÓTESE.

Parágrafo Segundo - A cobertura assistencial de que trata este artigo é limitada ao território nacional, independentemente do local de origem do evento e compreende todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação Odontológica.

Parágrafo Terceiro - Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitarem de internações hospitalar não estão cobertos por este plano. (art. 20, § 1º, RN 211)

Parágrafo Quarto - Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação Odontológica serão cobertos por este Plano. (art. 20, § 2º, RN 211)

Art. 9º - Nos casos de procedimentos e tratamentos não cobertos por este Plano é de exclusiva e inteira responsabilidade do TITULAR todas as despesas correspondentes, devendo este providenciar o respectivo pagamento diretamente ao prestador de serviços, sem qualquer ônus para operadora.

CAPÍTULO VI

EXCLUSÕES

Art. 10 - Estão excluídos de cobertura pelo Plano todos os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações para o segmento odontológico, vigente à época do evento, bem como os seguintes procedimentos:

- a. Os procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas hospitalares;
- b. As despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório.

CAPÍTULO VII

UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA

Art. 11 - Os serviços odontológicos cobertos pelo Plano serão prestados através de dentistas e clínicas credenciadas.

Parágrafo Primeiro: as informações sobre a rede de prestadores de serviços credenciados de que trata o caput deste artigo é atualizada periodicamente e encontram-se disponíveis por meio eletrônico na página da Capesesp (internet) ou telefônico através da central de atendimento.

Parágrafo Segundo: eventuais alterações na rede credenciada obedecem ao disposto na Lei 9656/98, quando couber.

Art. 12 - Para serem atendidos na rede credenciada os participantes deverão obrigatoriamente apresentar os seguintes documentos:

- a. cartão de identificação do Plano, dentro da validade;
- b. cédula de identidade.

Art. 13 - Todos os procedimentos cobertos pelo Plano requerem autorização prévia (senha), exceto aqueles classificados como DIAGNÓSTICO, URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA e RADIOLOGIA, discriminados a seguir:

Procedimentos de DIAGNÓSTICO:

- I. Consulta inicial;
- II. Exame histopatológico; e
- III. Teste de Fluxo Salivar

Procedimentos de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:

- I. Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial;

- II. Curativo em caso de odontalgia aguda /pulpectomia/necrose;
- III. Imobilização dentária temporária;
- IV. Recimentação de trabalho protético;
- V. Tratamento de alveolite;
- VI. Colagem de fragmentos;
- VII. Incisão e drenagem de abscesso extra oral;
- VIII. Incisão e drenagem de abscesso intraoral;
- IX. Reimplante de dente avulsionado ;
- X. Emergência Inespecífica.

Procedimentos de RADIOLOGIA:

- I. Radiografia periapical;
- II. Radiografia bite-wing;
- III. Radiografia oclusal;
- IV. Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia);
- V. Fotografia (unidade);
- VI. RX periapical série completa.

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

Parágrafo Segundo – O atendimento pelo profissional avaliador da

autorização prévia será de no máximo um dia útil a partir do momento da solicitação ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

Parágrafo Terceiro – Fica assegurada, no caso de situações de divergências técnicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por odontólogo da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo do Plano.

Parágrafo Quarto - Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos podem ser solicitados por cirurgião-dentista, independentemente de pertencer ou não à rede credenciada do plano.

Art. 14 - Não serão utilizados mecanismos de “porta de entrada” ou hierarquização de acesso.

Art. 15 - O Plano poderá utilizar mecanismos de direcionamento ou referenciamento para indicação de rede de prestadores de serviços que melhor atendam as expectativas dos beneficiários.

Art. 16 - No caso de atendimentos eletivos, o beneficiário deverá agendar previamente a consulta com o profissional credenciado, que será o responsável pela solicitação de autorização de tratamento. Após liberação de senha, o credenciado irá agendar o início do tratamento. A cada comparecimento no consultório e ao término do tratamento, o associado deverá assinar a guia de atendimento.

Art. 17 - No caso de atendimentos de urgência que ocorram em horário comercial, ligar para o consultório credenciado em que estiver fazendo tratamento. Caso não seja possível o atendimento, ligar para outro profissional credenciado. Nos horários fora do expediente dos consultórios credenciados, buscar atendimento em pronto socorro odontológico credenciado.

CAPÍTULO VIII

REEMBOLSO

- Art. 18 - Fica assegurado o reembolso nos limites das obrigações contratuais das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência odontológica, nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados do Plano.
- Art. 19 - Além do previsto no Artigo 18, o beneficiário terá direito ao acesso a livre escolha de prestadores não participantes da rede credenciada também sob a forma de reembolso.
- Art. 20 - O pagamento do reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada, de acordo com os valores pagos e limitados aos preços constantes nas Tabelas Capesesp de Valores de Reembolso da Unidade Federativa onde ocorrer o procedimento, vigente à data do evento, desde que o pedido de reembolso seja apresentado ao plano no prazo máximo de 01 ano contado da realização do evento e sejam apresentados os documentos em via original elencados no Art. 23.
- Art. 21- As Tabelas Capesesp de Valores de Reembolso praticadas pelo Plano estarão disponíveis para consulta do beneficiário na página da entidade na internet, nas gerências estaduais e pólos da Capesesp e na área de convênios das Patrocinadoras. Dúvidas com relação à tabela de reembolso praticada podem ser tiradas através das centrais de atendimento telefônico disponíveis.
- Art. 22 - Todas as normas definidas quanto à abrangência, cobertura, carências, exclusões, coparticipações e limites previstos neste Regulamento, aplicam-se também para os casos de pedidos de reembolso.
- Art. 23 - É necessária a apresentação da seguinte documentação original, para solicitação do reembolso, além do formulário pedido de reembolso devidamente preenchido e assinado pelo TITULAR:
- a. Relatório detalhado e odontograma preenchido com o tratamento realizado, datado, carimbado, com número de CRO e assinado pelo profissional;

- b. Recibo original, em nome do titular ou dependente, (pré-impresso ou carimbado com número do CRO e do CPF), assinatura do profissional, nome do prestador do serviço, discriminando os serviços prestados; ou Nota Fiscal original, em nome do titular ou dependente, constando o número do CNPJ, carimbo com número do CRO e assinatura do profissional, discriminando os serviços prestados;
- c. Para reembolso de exodontia (cirurgia) realizada em atendimento de urgência / emergência, é necessária a apresentação de radiografia periapical pré e pós-operatória, além dos documentos elencados nos sub itens “a” e “b”, anteriores.

Art. 24 - O valor do reembolso não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada.

Art. 25 - Os reajustes dos valores das tabelas de reembolso ocorrerão periodicamente quando alterados os valores praticados diretamente na rede credenciada.

CAPÍTULO IX

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 26 - A Capesesp poderá firmar convênios com outras entidades, com a anuência do Conselho Deliberativo, para utilização dos serviços oferecidos pelo Capesaúde - Odontológico I e para ampliar a rede de atendimento aos seus participantes.

Art. 27 - Em situações especiais, a Diretoria competente poderá analisar casos não cobertos pelo Plano, ocasião em que avaliará a possibilidade de cobrir total ou parcialmente os custos do procedimento, em função de fatores excepcionais.

Art. 28 - São partes integrantes deste Regulamento todos os documentos entregues ao beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano odontológico, dentre esses, proposta de adesão, tabela de reembolso, guia do beneficiário, guia de leitura contratual.

Art. 29 – Os casos omissos na aplicação deste Regulamento serão analisados pela Diretoria Executiva da Capesesp.

CAPÍTULO X

ELEIÇÃO DE FORO

Art. 30 - 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.

Este Regulamento foi aprovado pelo Conselho Deliberativo da CAPESESP, em 16/12/2010, conforme Ata CD nº 16/2010.

