SOB MEDIDA SUL



ANS - Nº 324477

Regulamento Plano Sob Medida
SUL - Apartamento

CAPESAUDE

PLANO REGIONAL
SUL

Liberações: 0800 979 6191
Informações: 0800 770 0387

www.capesesp.com.br

ÍNDICE

REGULAMENTO DO PLANO DE BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS

	Página
OBJETO	5
BENEFICIÁRIOS	5
BENEFÍCIOS	8
INSCRIÇÃO E DESLIGAMENTO	9
CUSTEIO	13
DISPOSIÇÕES GERAIS	14

REGULAMENTO CAPESAÚDE SOB MEDIDA SUL APARTAMENTO

	Página
OBJETO	15
CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	15
CONTRIBUIÇÕES PARA CUSTEIO DO PLANO	15
INÍCIO DA COBERTURA	21
COBERTURA E ABRANGÊNCIA	25
EXCLUSÕES DE COBERTURA	35
UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA	38
REEMBOLSO	40
DISPOSIÇÕES GERAIS	44
ELEIÇÃO DE FORO	45

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 assuma 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 e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

d. os filhos e enteados, 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 menores sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas “c” e “d”;

f. 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.

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 a 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 Primeiro: Os PENSIONISTAS do Regime Geral de Previdência Social deverão assumir integralmente, além da contribuição assistencial, a parcela Patronal definida neste Regulamento.

Parágrafo Segundo: Para fins do disposto neste Regulamento, os PENSIONISTAS equiparam-se aos TITULARES, podendo inscrever dependentes, exceto aqueles previstos no Parágrafo Segundo do Art. 4º, desde que assuma integralmente a contribuição assistencial destes, inclusive a parcela Patronal.

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 (exceto para Plano Sob Medida):

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 (exceto para Plano Sob Medida)

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 do TITULAR e DEPENDENTES NATURAIS, bem como dos PENSIONISTAS, é necessário a autorização da Patrocinadora da proposta de adesão ao Plano devidamente preenchida e assinada pelo TITULAR e

dos respectivos documentos comprobatórios, conforme o disposto nas normas vigentes na data da inscrição.

Parágrafo Primeiro - Caberá às PATROCINADORAS 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 útil 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 - Os BENEFICIÁRIOS elegíveis na condição de DEPENDENTES NATURAIS não reconhecidos pelas Patrocinadoras, poderão ser inscritos ou permanecer no plano de benefícios assistenciais nessa condição enquanto durar sua elegibilidade, desde que o TITULAR assuma também o custeio da parcela patronal.

Parágrafo Sexto - Toda inscrição implica na aceitação irrestrita das disposições contidas neste Regulamento e no Estatuto da Capesesp, bem como na autorização para o desconto em folha de pagamento das contribuições e coparticipações devidas.

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 a 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 a exclusão.

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 deverão ser encaminhados pela Patrocinadora à

Capesesp até o último dia útil do mês e só poderão ser efetivados com vigência a partir do 1º dia do mês subsequente, não gerando, dessa forma, devolução proporcional de contribuição mensal.

Parágrafo Sétimo - A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do DEPENDENTE NATURAL deverá ser informada pelo TITULAR ou PENSIONISTA à Patrocinadora para a devida comunicação à Capesesp, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

Parágrafo Oitavo - O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o BENEFICIÁRIO de quitar eventuais débitos com a Capesesp, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

CAPÍTULO V

CUSTEIO

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

a. contribuições mensais das Patrocinadoras e destinados aos BENEFICIÁRIOS que façam jus ao patrocínio, conforme estabelecido pela legislação aplicável e demais instrumentos que regulem a existência deste;

b. contribuições mensais dos TITULARES e dos PENSIONISTAS, em virtude de sua inscrição e de seus DEPENDENTES;

c. coparticipação financeira pela realização de procedimentos e eventos em saúde dos BENEFICIÁRIOS, conforme condições e tabelas contidas nos regulamentos específicos de cada produto registrado na ANS.

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

Parágrafo Terceiro - Entende-se por coparticipação financeira a parte efetivamente paga pelo BENEFICIÁRIO TITULAR à Capesesp, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e seus DEPENDENTES, definida em termos fixos ou em percentuais.

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 SOB MEDIDA SUL APARTAMENTO

CAPÍTULO I

OBJETO

Art. 1º – Este Regulamento tem por objeto estabelecer normas e diretrizes sobre a prestação continuada de assistência médico-hospitalar, na forma do Art. 1o., I da Lei 9656/98, por prazo indeterminado, através do Plano de Saúde do tipo Coletivo Empresarial de Assistência Ambulatorial e Hospitalar, com Obstetrícia, com características de contrato de adesão, denominado CAPESAÚDE SOB MEDIDA SUL APARTAMENTO (registro nº 464847111), 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 ANS, vigente à época do evento.

CAPÍTULO II

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

Parágrafo Único - a adesão do grupo familiar dependerá da inscrição do TITULAR no Plano de Benefícios Assistenciais da Capesesp.

CAPÍTULO III

CONTRIBUIÇÕES PARA CUSTEIO DO PLANO

Art. 3º – O plano será custeado em regime de preço pré-estabelecido por meio de contribuição da Patrocinadora, estabelecida conforme regulamentação da administração pública direta ou indireta, bem como das contribuições que são de responsabilidade exclusiva do TITULAR para custeio do seu plano de assistência à saúde e de seus DEPENDENTES NATURAIS, conforme parâmetros a seguir:

a. tabela de valores de contribuição mensal por BENEFICIÁRIO, definida de acordo com a faixa etária em que o inscrito estiver enquadrado, e com as seguintes variações entre as faixas etárias :

I. Até 18 (dezoito) anos de idade - R$ 88,72;

II. 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade - R$ 93,16, 5% superior à anterior;

III. 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade - R$ 97,81, 5% superior à anterior;

IV. 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade - R$ 107,59, 10% superior à anterior;

V. 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade - R$ 123,73, 15% superior à anterior;

VI. 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade - R$ 160,85, 30% superior à anterior;

VII. 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade - R$ 209,11, 30% superior à anterior;

VIII. 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade - R$ 240,48, 15% superior à anterior;

IX. 54 (cinqüenta e quatro) a 58 (cinqüenta e oito) anos de idade - R$ 307,81, 28% superior à anterior; e

X. 59 (cinqüenta e nove) anos de idade ou mais - R$ 415,54, 35% superior à anterior.

b. coparticipação financeira dos beneficiários pela utilização dos serviços de assistência à saúde, assim definida:

I. Consultas em consultório: R$ 20,00;

II. Consultas em pronto-socorro: R$ 30,00;

III. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos do Grupo A: R$ 4,00;

IV. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos do Grupo B: R$ 20,00;

V. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos do Grupo C: R$ 40,00;

VI. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos do Grupo D: R$ 90,00;

VII. Procedimentos ambulatoriais de reabilitação: R$ 4,00;

VIII. Procedimentos ambulatoriais de monitorizações e terapêutica: R$ 20,00;

IX. Demais consultas, sessões e terapias: R$ 4,00;

X. Nas internações para tratamento de transtornos psiquiátricos que ultrapasse o período mínimo de custeio integral, previstos nas normas editadas pela ANS e vigentes à época do evento: R$ 150,00;

c. A título de franquia será considerado um valor único e fixo por internação, exceto as previstas no inciso "X" da alínea "b", definido anualmente pelo Conselho Deliberativo, atualmente fixado em R$150,00 (cento e cinquenta) por evento.

Parágrafo Primeiro - Os TITULARES que inscreverem dependentes previstos no Parágrafo Segundo do Artigo 4º do Regulamento do Plano de Benefícios Assistenciais, deverão arcar com os valores das contribuições previstos na alínea "a" deste artigo, de acordo com a faixa etária do respectivo dependente, acrescida da parcela equivalente a de responsabilidade Patronal, observados os valores estabelecidos conforme regulamentação da administração pública.

Parágrafo Segundo – Para a manutenção dos benefícios e em função da variação dos custos médico-hospitalares, do aumento da sinistralidade e da alteração significativa da composição dos beneficiários, 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 Terceiro - Caso nova legislação venha a autorizar o reajuste em período inferior a 12 (doze) meses, haverá aplicação imediata sobre este instrumento.

Parágrafo Quarto – Independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, os valores de suas contribuições serão reajustados no mês de abril.

Parágrafo Quinto - Este Plano, classificado como coletivo empresarial, não está sujeito aos índices de reajuste fixados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para planos individuais.

Parágrafo Sexto - Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais dos BENEFICIÁRIOS previstas na alínea "a" serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do BENEFICIÁRIO, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

Parágrafo Sétimo - Não será considerado reajuste o aumento que decorra exclusivamente de elevação da participação financeira do Patrocinador, bem como não se confundem com o reajuste financeiro anual os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária.

Parágrafo Oitavo - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

a. O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

b. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

Parágrafo Nono - Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao BENEFICIÁRIO com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual previsto neste Regulamento, decorrente da avaliação atuarial do plano.

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

Parágrafo Décimo - Primeiro - 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 - Segundo - Em caso de não pagamento na data de vencimento, o valor devido por período inferior a 03 (três) 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 (três) 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 Décimo - Terceiro - Quaisquer despesas administrativas adicionais, decorrentes do atraso do pagamento das contribuições mensais dos beneficiários, serão de responsabilidade do TITULAR.

Parágrafo Décimo - Quarto - O TITULAR é responsável pelo pagamento das coparticipações de todo o seu grupo familiar, ainda que a cobrança venha a ser efetivada após sua exclusão do Plano, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador.

Parágrafo Décimo - Quinto - Quando o BENEFICIÁRIO fizer jus ao reembolso previsto neste Regulamento, também serão descontados os valores de coparticipação, conforme o caso.

Parágrafo Décimo – Sexto - Consideram-se para fins do disposto na alínea “b” como procedimentos diagnósticos e terapêuticos do Grupo A aqueles relacionados à medicina laboratorial, tais como biologia molecular, bioquímica, coprologia, diversos, endocrinologia laboratorial, hematologia laboratorial, imunologia, líquidos (cefalorraqueano (líquor), seminal, amniótico, sinovial e outros), microbiologia e urinálise.

Parágrafo Décimo – Sétimo - Consideram-se para fins do disposto na alínea "b" como procedimentos diagnósticos e terapêuticos do Grupo B aqueles relacionados à procedimentos eletrofisiológicos / mecânicos e funcionais (exames ósteo - músculo - articulares e função respiratória); genética (citogenética, genética bioquímica e genética molecular); métodos diagnósticos por imagem (bacia e membros inferiores, coluna vertebral, crânio e face, esqueleto torácico e membros superiores, tórax); outros procedimentos diagnósticos e testes específicos.

Parágrafo Décimo – Oitavo - Consideram-se para fins do disposto na alínea "b" como procedimentos diagnósticos e terapêuticos do Grupo C aqueles relacionados à procedimentos eletrofisiológicos / mecânicos e funcionais (ECG – TE, sistema nervoso e tubo digestivo); endoscópicos (endoscopia diagnóstica); medicina nuclear (cardiovascular - in vivo, digestivo - in vivo, endócrino - in vivo, geniturinário - in vivo, hematológico - in vivo, músculo - esquelético - in vivo, nervoso - in vivo, oncologia / infectologia - in vivo, outros - in vivo, respiratório - in vivo); métodos diagnósticos por imagem (procedimentos especiais, radioscopia, sistema digestivo, sistema urinário); tomografia computadorizada (diagnóstica); ultra-sonografia (diagnóstica).

Parágrafo Décimo – Nono - Consideram-se para fins do disposto na alínea "b" como procedimentos diagnósticos e terapêuticos do Grupo D aqueles relacionados à procedimentos endoscópicos (endoscopia intervencionista); métodos diagnósticos por imagem (angiorradiologia, métodos intervencionistas / terapêuticos por imagem e neurorradiologia); ressonância magnética (diagnóstica e intervencionista); tomografia computadorizada (intervencionista); ultra-sonografia (intervencionista).

Parágrafo Vigésimo – As tabelas Capesesp de valores de coparticipação financeira praticadas pelo Plano estarão disponíveis em moeda corrente, dispensando cálculos, 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 coparticipação praticada podem ser tiradas através das centrais de atendimento telefônico disponíveis.

CAPÍTULO IV

INÍCIO DA COBERTURA

Art. 4º – 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, após cumpridos os prazos de carência previstos a seguir:

a. prazo de 24 (vinte e quatro)horas para:

a.1. consultas e exames ambulatoriais dispensados de autorização prévia (senha), conforme previsto neste Regulamento;

a.2. atendimentos de urgência e emergência, nos termos previstos neste Regulamento, inclusive internações;

b. prazo de 90 (noventa) dias, para exames e tratamentos clínicos ambulatoriais que necessitam de autorização prévia (senha), conforme previsto neste Regulamento, assim como para internações hospitalares para tratamento clínico;

c. prazo de 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos cirúrgicos eletivos realizados em ambiente hospitalar, sob qualquer tipo de permanência (ambulatorial, hospital-dia ou internação);

d. prazo de 300 (trezentos) dias para partos a termo.

Parágrafo Primeiro - Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o BENEFICIÁRIO não terá direito às coberturas contratadas;

Parágrafo Segundo – Entende-se como data de adesão de cada beneficiário ao plano a admissão por parte da Capesesp do proponente como associado, após o recebimento pela Capesesp da autorização da Patrocinadora da inscrição do BENEFICIÁRIO ao Plano e o processamento da proposta de inscrição e da documentação comprobatória correspondente.

Parágrafo Terceiro – 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 Quarto - Caso termine a condição geradora da urgência ou emergência médica, prevista na alínea "a", será obrigatório o cumprimento de todas as carências definidas neste artigo.
Parágrafo Quinto - 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 Sexto - Entende-se como atendimento de urgência os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional.

Parágrafo Sétimo - 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 Oitavo - 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 Nono – 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 30 (trinta) dias do falecimento do titular, não será exigido o cumprimento de novas carências regulamentares.

Parágrafo Décimo – Nos casos de urgência e emergências, fica garantido o atendimento, sem restrições, inclusive de internação desde a admissão até a alta, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência de cobertura, bem como a remoção, quando necessária por indicação médica para outra unidade da operadora ou para o SUS quando não houver cobertura para a continuidade do tratamento.

Parágrafo Décimo - Primeiro - 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, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência de cobertura, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados do Plano, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela operadora, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada, elencada no Artigo 25 deste Regulamento.

Parágrafo Décimo - Segundo – A cobertura de que trata este Plano dar-se-á por tempo indeterminado, enquanto o TITULAR permanecer vinculado;

Parágrafo Décimo - Terceiro - Os períodos de carência serão observados também na hipótese do reingresso dos BENEFICIÁRIOS ao PLANO

Parágrafo Décimo – Quarto – Será admitida a transferência (migração) para este Plano, observado o Artigo 8º, de BENEFICIÁRIOS inscritos em outro plano de abrangência regional ou nacional da CAPESESP com o mesmo tipo de acomodação prevista neste Regulamento (quarto privativo) sem o cumprimento das carências regulamentares, ocasião em que deverá aderir ao novo produto com registro diferente na ANS.

Parágrafo Décimo – Quinto - Será admitida a transferência (migração) para este Plano, observado o Artigo 8º, de BENEFICIÁRIOS inscritos em outro plano de abrangência regional ou nacional da Capesesp com acomodação diferente daquela prevista neste Regulamento (quarto privativo) mediante cumprimento do período de carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da nova acomodação, ocasião em que deverá aderir ao novo produto com registro diferente na ANS. No caso de internações que venham a ocorrer durante o prazo de carência citado neste item, será assegurada a utilização da acomodação anteriormente contratada.

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, guarda provisória concedida na adoção ou do casamento. Após este prazo, deverão ser cumpridas as carências determinadas neste Regulamento.

Parágrafo Primeiro - A inclusão dos BENEFICIÁRIOS previstos no caput fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

Parágrafo Segundo - 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, quando cessará a cobertura automaticamente, não sendo permitida a permanência no plano.

Parágrafo Terceiro - 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.

Art. 6° - Fica assegurada a inscrição, como dependente natural, do menor de 18 (dezoito) anos, filho adotivo do Titular, 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 (trinta) dias da guarda provisória em adoção.

Art. 7° - Fica assegurada a inscrição, como dependente natural, do menor sob guarda ou tutela do Titular, a partir do deferimento pelo juízo, isenta do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias, 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 (trinta) dias da guarda ou tutela.

Art. 8° – A transferência deste plano para quaisquer outros planos da Capesesp, somente será efetuada caso o TITULAR não possua débitos de qualquer natureza.

CAPÍTULO V

COBERTURA E ABRANGÊNCIA

Art. 9º – Serão cobertos por este plano os eventos previstos na Resolução CONSU 10/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, vigente à época do evento, instituído pela legislação que regulamenta os planos de assistência à saúde, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento, alcançando as seguintes coberturas:

a. cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

b. a cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

c. cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA prescritos pelo médico assistente para administração 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;

d. cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

e. cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

f. cobertura de 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;

g. cobertura dos procedimentos de radioterapia descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

h. 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 privativo (apartamento) e em centro de terapia intensiva, ou similar, a critério do médico assistente, sendo assegurado, nos casos de indisponibilidade de leito hospitalar para internação nos estabelecimentos credenciados pelo plano, o acesso à acomodação em quarto privativo (apartamento), sem ônus adicional para o beneficiário, até que haja disponibilidade de leito no padrão enfermaria, quando será providenciada a transferência para este tipo de acomodação;;

i. cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

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

k. procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, sendo garantidas:

k.1. cobertura das despesas, incluindo acomodação e alimentação, contratualizadas entre o plano e o prestador de serviços, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e 24 horas do pós-parto , de acordo com a Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la, sendo que, na ausência de contratualização que disponha sobre o tema, serão de cobertura obrigatória as despesas relacionadas aos serviços e produtos habitualmente oferecidos pelo prestador ao acompanhante da gestante;

k.2. cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

l. transplantes 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:

I. As despesas assistenciais com doadores vivos;

II. Os medicamentos utilizados durante a internação;

III. O acompanhamento clínico nos pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

IV. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

m. 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; procedimentos radioterápicos; hemoterapia; nutrição parenteral ou enteral; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; embolizações; radiologia intervencionista; exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; procedimentos de reeducação e reabilitação física; e acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes, exceto fornecimento de medicação de manutenção;

n. cobertura de todos os atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9656/1998, descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

o. 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.

Parágrafo Primeiro: A cobertura assistencial de que trata este artigo é limitada aos atendimentos realizados nos estados do Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, independentemente do local de origem do evento, e compreende todas as doenças previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID – 10 e as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

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

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

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

3. 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;

4. cobertura de taxas, materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica estabelecidos neste Regulamento;

5. cobertura de despesas, incluindo acomodação e alimentação, contratualizadas entre a operadora e o prestador de serviços, relativas ao acompanhante, inclusive de crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos; idosos a partir do 60 (sessenta) anos de idade; portadores de deficiências ou necessidades especiais, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista 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;

6. cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Anexo desta Resolução, para a segmentação hospitalar, 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;

7. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, 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 item 5 do Parágrafo Segundo, deste artigo, na ausência de contratualização que disponha sobre o tema, serão de cobertura obrigatória as despesas relacionadas aos serviços e produtos habitualmente oferecidos ao acompanhante pelo prestador, cabendo a Capesesp custeá-las.

Parágrafo Quarto - Para fins do disposto no item 7 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 maior segurança 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 Quinto - Para fins do disposto neste Regulamento, estão

cobertas as órteses, próteses e materiais especiais – OPME, classificadas como materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses 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, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, 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 clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora.

Parágrafo Sexto – 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 credenciado.

Parágrafo Sétimo - 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;

II. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o Regulamento técnico – 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 Oitavo - Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência e escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, tendo igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

Parágrafo Nono - Não haverá cláusula de Cobertura Parcial ou Agravo, nos casos de doença e lesão preexistente.

Art. 10 – Além do disposto no artigo anterior, este Plano assegura a cobertura aos 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, e 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.

Parágrafo Primeiro - A atenção à saúde 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 - Todas as modalidades de internação psiquiátrica que excederem o prazo máximo de cobertura integral estabelecido na alínea "c", o beneficiário irá contribuir no custeio de cada dia excedente que estará de acordo com os limites definidos pelos normativos vigentes e se dará na forma de coparticipação, sendo garantido ao beneficiário que o limite máximo de sua coparticipação será de 30% por diária excedente.

II. Nos casos das Cirurgias Plásticas Reparadoras serão cobertas as cirurgias com o objetivo de restaurar as funções de algum órgão ou membro alterado por acidente pessoal, sendo assegurada a cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação 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 estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

Art. 11 – Este Plano assegura cobertura de remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica de cobertura estabelecidos neste Regulamento

Parágrafo Primeiro – A remoção prevista no Caput deste artigo ocorrerá somente quando a unidade hospitalar de destino possuir recursos humanos e físicos necessários ao tratamento, inexistentes na de origem.

Parágrafo Segundo – A remoção prevista no Caput deste artigo está limitada à transferência para a unidade hospitalar credenciada localizada no município mais próximo do local de origem.

Parágrafo Terceiro – 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, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao paciente na unidade hospitalar em que o mesmo estiver sendo atendido. 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 coberto 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 Quarto - As modalidades de remoção cobertas pelo Plano são as seguintes:

a. em ambulância simples com acompanhamento médico facultativo, condicionada a uma justificativa médica formal da sua necessidade;

b. em ambulância de serviços de tratamento semi-intensivo com acompanhamento médico para casos de pacientes gravemente enfermos, internados em Unidade de Tratamento Intensivo – UTI, ou Unidade Intermediária – UI, e/ou em uso de equipamentos médico-hospitalares.

Parágrafo Quinto – As remoções poderão ocorrer entre:

I. Hospitais ou clínicas credenciados, nos casos de realização de exames complementares e/ou outros procedimentos não disponíveis no estabelecimento de origem ou para transferir definitivamente o paciente para outra clínica/hospital, por falta de condições técnicas ou de serviços;

II. Estabelecimentos não credenciados para a rede credenciada, desde que mantida a internação;

III. Hospital/clínica para residência do beneficiário, caso haja comprovadamente impossibilidade total do paciente locomover-se por meios próprios nos casos em que a alta hospitalar esteja dependendo da remoção;

IV. Residência para hospital/clínica credenciada, apenas quando houver comprovada impossibilidade do paciente locomover-se por meios próprios e se o paciente permanecer internado após atendimento no hospital/clínica;

V. Hospital credenciado para hospital integrante do SUS, nos casos previstos na legislação.

Parágrafo Sexto - Nos casos previstos no caput deste artigo, em que a remoção terrestre em ambulância não for possível em decorrência da distância e da ausência de capacidade de dar continuidade ao atendimento, naquela localidade, devido às condições clínicas do beneficiário, o Plano garantirá a transferência inter-hospitalar aérea para o município mais próximo com capacidade de atendimento, através da contratação direta de prestadores, desde que atenda as seguintes condições:

a. não exista possibilidade, comprovada por documentação pertinente, de prestar o atendimento no município em que ocorreu a doença ou agravo à saúde;

b. que a transferência seja de um hospital de menor recurso para um que possua comprovada capacidade de atendimento;

c. que existam condições técnicas, definidas em legislação específica, para o transporte aeromédico;

d. exista autorização expressa para a transferência emitida pelo médico assistente;

e. exista vaga garantida para a internação no hospital de destino.

CAPÍTULO VI

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 12 – Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

1. tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

2. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, independente da existência de indicação médica;

3. cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

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

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

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

7. 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;

8. 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;

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

10. fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;

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

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

13. procedimentos odontológicos, com exceção dos eventos buco-maxilares e aqueles que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;

14. os tipos de remoção não previstos neste Regulamento;

15. despesas extraordinárias quando da internação, assim consideradas aquelas que não estejam previstas neste Regulamento;

16. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do BENEFICIÁRIO, salvo nas situações previstas neste Regulamento;

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

18. terapias alternativas em saúde, bem como outras não previstas neste instrumento;

19. transplantes, exceto os de córnea, rins e de medula óssea;

20. despesas médico-hospitalares referentes à exames periódicos;

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

22. despesas médicas, laboratoriais e hospitalares, de qualquer natureza, efetuadas em prestadores de serviços localizados fora dos limites de abrangência de cobertura geográfica do plano;

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

24. procedimentos médico-hospitalares realizados fora da rede credenciada, sendo admitido Reembolso na forma e situações previstas neste Regulamento;

25. aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

26. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

27. aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;

28. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

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

30. procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da Capesesp sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;

31. atendimentos prestados antes do início da vigência ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições previstas neste Regulamento;

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

33. cirurgia para mudança de sexo;

34. avaliação pedagógica;

35. orientações vocacionais;

36. investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade.

37. qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência.

CAPÍTULO VII

UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA

Art. 13 – Os serviços médicos e hospitalares cobertos pelo Plano serão prestados através de médicos, clínicas, laboratórios e hospitais credenciados, pertencentes à área de abrangência geográfica deste plano.

Parágrafo Primeiro: Nos procedimentos comprovadamente de urgência e emergência, excepcionalmente, os serviços médicos e hospitalares cobertos pelo Plano poderão ser prestados através de médicos, clínicas, laboratórios e hospitais credenciados para o atendimento a outro plano de abrangência regional da Capesesp, com o mesmo tipo de acomodação prevista neste Regulamento, sem prejuízo do disposto no parágrafo 3º, do Art. 19.

Parágrafo Segundo: as informações sobre a rede de prestadores de serviços credenciados de que trata o caput deste artigo encontram-se disponíveis por meio eletrônico na página da Capesesp na Internet ou telefônico através da central de atendimento.

Parágrafo Terceiro: Eventuais alterações na rede credenciada obedecem ao disposto na Lei 9656/98, quando couber, e, havendo redimensionamento da rede hospitalar por redução, será solicitada autorização expressa para ANS.

Parágrafo Quarto: Fica assegurado que a inclusão como contratados, referenciados ou credenciados de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os beneficiários quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, sendo facultada a substituição, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

Parágrafo Quinto: Na hipótese de 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.

Art. 14 – Para serem atendidos na Rede Credenciada os beneficiários deverão obrigatoriamente apresentar os seguintes documentos:

a. cartão de identificação do Plano, dentro da validade;

b. cédula de identidade.

Art. 15 – Os seguintes procedimentos necessitam de autorização prévia (senha) para cobertura:

a. internações de qualquer natureza, inclusive aquelas sob a forma de hospital-dia;

b. todos os procedimentos médico-hospitalares que forem realizados em caráter ambulatorial, exceto os previstos no Parágrafo Primeiro.

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 - 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 da respectiva internação.

Parágrafo Terceiro - 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 Quarto – A autorização prévia pelo Plano será concedida no máximo 01 (um) dia útil a partir do momento da solicitação ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

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

Art. 16 - Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista, independente de pertencer ou não à rede credenciada do plano.

Art. 17 - Não serão utilizados mecanismos de "porta de entrada" ou hierarquização de acesso.

Art. 18 - O Plano poderá utilizar mecanismos de direcionamento ou referenciamento para indicação de rede de prestadores de serviços que melhor atendam as expectativas dos beneficiários.

CAPÍTULO VIII

REEMBOLSO

Art. 19 - Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados na área de abrangência geográfica deste Regulamento, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela operadora, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, nas seguintes situações:

a. o serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;

b. se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;

c. houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

Parágrafo Primeiro - 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 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 (um) ano contado da realização do evento ou da alta hospitalar e sejam apresentados os documentos em via original elencados no Artigo 25 deste Regulamento, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

Parágrafo Segundo - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao BENEFICIÁRIO, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência

Parágrafo Terceiro – Exclusivamente para atendimentos de urgência e emergência, será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados fora da área de cobertura deste Regulamento, nos termos e condições previstos neste Regulamento.

Art. 20 – Os serviços médicos e hospitalares serão prestados através de médicos, clínicas, laboratórios e hospitais credenciados, não cabendo qualquer forma de reembolso, salvo nas situações previstas no Art. 19.

Art. 21 - As Tabelas Capesesp de Valores de Reembolso praticadas pelo Plano estarão disponíveis em moeda corrente, dispensando cálculos, 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, autorizações prévias (senhas), co-participações e limites previstos neste Regulamento se aplicam também para os casos de pedidos de reembolso.

Art. 23 - O valor de reembolso não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada.

Art. 24 - Os reajustes dos valores das tabelas de reembolso ocorrerão periodicamente quando alterados os valores praticados diretamente na rede credenciada.

Art. 25 – 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): recibo de pagamento a autônomo (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): recibo de pagamento a autônomo (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:

1. nota fiscal de prestação de serviços;

2. 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;

3. 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:

1. nota fiscal de prestação de serviços;

2. 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;

3. relatório médico que comprove a impossibilidade de locomoção do paciente por meios convencionais e justifique, quando for o caso, a necessidade de acompanhamento médico.

VI. Nas solicitações de reembolso de despesas com lentes intraoculares:

1. nota fiscal emitida pelo fornecedor que efetuou a venda do produto ao

beneficiário, contendo o nome do paciente, a marca e o tipo de lente intraocular comercializada e o valor cobrado;

2. relatório do médico oftalmologista, contendo o diagnóstico e a data da cirurgia por meio da qual a lente intraocular foi implantada.

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; 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 deve 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 ou totais; a data de cada atendimento, inclusive no caso de tratamentos sequenciais, bem como a especialidade médica, nos casos de consulta.

Art. 26 - Os pedidos de reembolso de qualquer natureza deverão ser apresentados ao Plano no prazo máximo de 1 (um) ano contados da realização do evento ou alta hospitalar, sendo pagos no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada.

CAPÍTULO IX

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 27 - A Capesesp poderá firmar convênios com outras entidades, com a anuência do Conselho Deliberativo, para utilização dos serviços oferecidos pelo Plano e para ampliar a rede de atendimento aos seus participantes.

Art. 28 - 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. 29 - São partes integrantes deste Regulamento todos os documentos entregues ao beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde, dentre esses, proposta de adesão, tabela de reembolso, guia do beneficiário e guia de leitura contratual.

Art. 30 – Os casos omissos na aplicação deste Regulamento serão analisados pela Diretoria Executiva da Capesesp.

Art. 31 – Este Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho Deliberativo.

CAPÍTULO X

ELEIÇÃO DE FORO

Art. 32 - 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.