

Solicitação de Ingresso no Programa de Controle e Tratamento de Osteoporose (PCTO)

Associado Titular		Beneficiário (se diferente do Titular)	
Matrícula / Dependente	E-mail para contato	Telefone - obrigatório	

Condições Regulamentares do Benefício

O Programa de Controle e Tratamento da Osteoporose (PCTO), de caráter assistencial, não faz parte da cobertura regulamentar obrigatória do plano de saúde, sendo fornecido, sob a forma de auxílio, desde que observadas as seguintes condições regulamentares:

1. Constituem condições preliminares e indispensáveis para fazer jus a este benefício:

- 1.1. Inexistência de débitos de qualquer natureza de responsabilidade do titular do plano, referentes a ele ou a qualquer membro do seu grupo familiar, no momento da inscrição e/ou da renovação do benefício;
- 1.2. Necessidade de existência de dados cadastrais completos e devidamente atualizados, incluindo-se número de telefone ativo e inscrição no CPF;
- 1.3. Inscrição do beneficiário em um dos produtos registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, listados a seguir: Assistência Básica 1 - Reg. ANS: 470.313138; Assistência Básica 2 - Reg. ANS: 433385003; Assistência Básica 3 - Reg. ANS: 433387000; Assistência Básica 4 - Reg. ANS: 449371041; Assistência Superior I - Reg. ANS: 470311131; Assistência Superior 2 - Reg. ANS: 433386001; Assistência Superior 3 - Reg. ANS: 433388008; Assistência Superior 4 - Reg. ANS: 449372049; Assistência Executiva I - Reg. ANS: 470.312130; Assistência Referencial - Reg. ANS: 456558074; Assistência Referencial Superior - Reg. ANS: 456557076;
- 1.4. Enquadramento do beneficiário nas condições de elegibilidade para o auxílio, previstas no item 2 deste Regulamento;
- 1.5. Apresentação de toda a documentação necessária para análise e autorização do pedido prevista no item 3, inclusive com o preenchimento completo do formulário de solicitação.

2. São elegíveis para concessão deste os associados que necessitem do uso contínuo de medicação pelo período mínimo de 12 (doze) meses, para tratamento da Osteoporose grave, com risco elevado de fraturas, após avaliação pela Auditoria Médica da CAPESESP dos dados informados pelo médico-assistente, no formulário de Avaliação de Risco de Fraturas e Indicação de Tratamento da Osteoporose.

3. Os documentos necessários para análise do pedido são:

- Formulário "Solicitação de Ingresso no Programa de Controle e Tratamento da Osteoporose (PCTO)", devidamente preenchido e assinado pelo titular e pelo beneficiário;
- Formulário "Avaliação de Risco de Fraturas e Indicação de Tratamento de Osteoporose", preenchido, assinado e carimbado pelo médico e pelo titular e pelo beneficiário;
- Receita médica original, em papel timbrado do médico ou do estabelecimento onde a consulta foi realizada, devendo constar o nome do paciente, nome do medicamento com apresentação e dose, data, assinatura e carimbo com o número do CRM do médico;
- Cópia do Laudo de Densitometria Óssea, anualmente.

4. A CAPESESP reserva-se o direito de solicitar cópias de exames complementares relacionados à Osteoporose coberta pelo Auxílio-Medicamento de Uso Contínuo, bem como documentos adicionais de outra natureza necessários para obtenção do benefício.

5. A cobertura do benefício limita-se ao fornecimento do medicamento injetável Aclasta®, utilizado no tratamento da Osteoporose, conforme prescrição médica e nas indicações de uso aprovadas pela

ANVISA que será administrado na rede de atendimento indicada ou no domicílio, a critério da CAPESESP.

6. O beneficiário aprovado no Programa de Controle e Tratamento da Osteoporose (PCTO) autoriza sua inclusão no Osteolink (NOVARTIS), programa de adesão ao tratamento aos pacientes portadores de osteoporose disponibilizados pelo fabricante do medicamento Aclasta®,
7. Haverá sempre coparticipação financeira de 30% na aquisição do medicamento.
 - 7.1. O valor referente à coparticipação na aquisição do medicamento e aplicação será parcelado conforme as seguintes regras:
 - a) em até 12 (doze) vezes, sempre no maior número de parcelas mensais e de igual valor, respeitado o limite mínimo de R\$ 20,00 (vinte reais) por parcela.
 - b) quando o valor da coparticipação for de até R\$ 39,99 (trinta e nove reais e noventa e nove centavos), a cobrança será necessariamente em parcela única.
 - 7.2. O valor pertinente ao titular e a seus dependentes naturais será descontado em folha de pagamento, sendo cada parcela limitada a 5% (cinco por cento) do salário de contribuição, no caso de somente 1 (um) membro do grupo familiar ser participante do programa; e de 10% (dez por cento) quando houver mais de 1 (um) membro do grupo familiar inscrito no programa.
 - 7.3. O valor da coparticipação referente ao dependente-agregado será acrescido ao boleto bancário de pagamento da contribuição para o Plano. Cada parcela será limitada a 30% (trinta por cento) do valor da respectiva contribuição.
8. O titular autoriza o fornecimento do medicamento a ser administrado conforme as normas do Programa, responsabilizando-se pela respectiva coparticipação financeira.
9. Enquanto durar a concessão do medicamento de uso continuado para Osteoporose, os beneficiários inscritos não poderão utilizar o sistema de reembolso-medicamento, especificamente para o produto fornecido e outros medicamentos que tenham a indicação exclusiva no tratamento da osteoporose.
10. Antes de completado o período previsto para reaplicação do medicamento (12 meses), a CAPESESP enviará os documentos exigidos para renovação, quando será reavaliada a manutenção ou não do beneficiário no programa.
11. Nas situações que resultarem em desligamento do beneficiário do CAPESAÚDE (exceto em casos de óbito), será descontado do titular, integralmente, o valor despendido com a medicação fornecida para o período em curso.
12. O associado titular declara ter pleno conhecimento:
 - a) das condições regulamentares para a concessão do benefício.
 - b) de que o não cumprimento das disposições contidas neste Regulamento implica no indeferimento do seu pedido.
 - c) de que a constatação de documentação falsa ou adulterada acarretará as sanções previstas em Lei.
 - d) de que as regras definidas no presente regulamento poderão sofrer alterações, inclusive a supressão do programa por exclusivo critério da CAPESESP.

De acordo, em ____/____/____.

Assinatura do Titular

Assinatura do Dependente (se diferente do Titular)



AVALIAÇÃO DE RISCO DE FRATURAS E INDICAÇÃO DE TRATAMENTO - OSTEOPOROSE -

DADOS DO BENEFICIÁRIO					
Nome do Beneficiário			Matrícula / Dependente		CPF
Idade	Sexo () F () M	Peso (kg): _____ Altura (cm): _____	Telefone celular	E-mail	
CID 10ª edição () M80 () M81 () _____ () _____				T-Score: _____	
Outras informações:					

PARA PREENCHIMENTO DO MÉDICO ASSISTENTE

Declaro, para fins de concessão de Auxílio-Medicamento de Uso Contínuo pela CAPESESP, que o beneficiário do CAPESAÚDE acima identificado é portador de Osteoporose, possuindo histórico de um ou mais fatores que podem elevar o risco de fraturas, assinalados a seguir:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DMO < -2,5
<input type="checkbox"/> Histórico de fratura associada à fragilidade óssea
<input type="checkbox"/> Sexo feminino
<input type="checkbox"/> História de fratura em familiar de primeiro-grau
<input type="checkbox"/> História de osteoporose em familiar de primeiro-grau
<input type="checkbox"/> Raça branca, asiática ou caucásica (não-hispânica)
<input type="checkbox"/> Idade avançada (acima de 65 anos)
<input type="checkbox"/> Tratamento com corticosteróides
<input type="checkbox"/> Insuficiência estrogênica ou menopausa precoce
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Tabagismo
<input type="checkbox"/> Baixo peso (< 56,7kg) ou IMC < 19
<input type="checkbox"/> Baixa ingestão de cálcio (ao longo da vida)
<input type="checkbox"/> Alcoolismo
<input type="checkbox"/> Perda de estatura (acima de 2,5 cm) ou hipercifose
<input type="checkbox"/> Doença associada à perda de massa óssea
<input type="checkbox"/> Medicamentos associados a perda de massa óssea*
<input type="checkbox"/> Quedas frequentes
<input type="checkbox"/> Baixa capacidade física
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____ |
|--|---|

* exceto corticosteróides

Em função do exposto, há indicação de tratamento contínuo com o seguinte medicamento, cuja prescrição encontra-se em anexo:

- Ácido Zoledrônico (Aclasta®) - administração anual
 Denosumabe (Prolia®) - administração semestral

A concessão do benefício de medicamento Aclasta® de uso continuado para Osteoporose terá duração máxima de 03 (três) anos. Nos casos em que houver indicação clínica do médico solicitante para utilização do medicamento por período superior, poderá ser solicitada justificativa técnica complementar a ser fornecida pelo médico-assistente, bem como parecer de outro especialista, podendo, a critério da Operadora, ser autorizado o fornecimento do medicamento de uso continuado para Osteoporose por período superior a 03 (três) anos.

LOCAL E DATA	CARIMBO/ASSINATURA/ CRM E CPF DO MÉDICO
--------------	---

AUTORIZAÇÃO DO TITULAR / BENEFICIÁRIO

Autorizo receber contato telefônico e/ou e-mail (conforme dados constantes neste formulário) para participar dos Programas de adesão ao tratamento: Programa Osteolink - Ácido Zoledrônico (Aclasta®) ou Programa Saúde Óssea - Denosumabe (Prolia®).

ASSINATURA DO TITULAR	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO (se diferente do TITULAR)
-----------------------	--