

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - PAS/SERPRO LIVRE ESCOLHA

A modalidade Livre Escolha consiste no reembolso de despesas médicas e/ou hospitalares de procedimentos constantes da Tabela de Reembolso do PAS-SERPRO (TRS), quando da utilização de serviços não credenciados e destina-se aos beneficiários cadastrados no PAS/SERPRO.

O reembolso será concedido, limitado até o valor estabelecido e condições previstas na TRS para os procedimentos, não superando portanto, a quantia efetivamente despendida pelo beneficiário.

1. Requisitos básicos para o processo de reembolso:

- a) Somente serão reembolsados as despesas com procedimentos já realizados;
- b) O reembolso será concedido com base no valor vigente na data da realização dos serviços;
- c) Para solicitar reembolso de despesas médicas e/ou hospitalares, o beneficiário deverá entregar os documentos originais nos Órgãos Locais de Gestão de Pessoas (OLGP);
- d) O processo de reembolso passa por análise de consultor técnico que, em caso de dúvida, para melhor classificação do procedimento dentro da TRS, poderá solicitar documentação complementar;
- e) O(s) recibo(s) em impresso do próprio médico, ou de papelaria, devidamente carimbado e assinado pelo emitente ou nota(s) fiscal(ais) quitada(s) na instituição que efetuar o serviço, contendo os dados do atendimento realizado. Os documentos necessários para cada tipo de serviço realizado estão discriminados no item 3 deste Regulamento.
 - e.1) Caso o recibo seja emitido em nome do dependente, deverá conter no verso o nome e a matrícula do empregado titular;
- f) O reembolso será feito diretamente ao beneficiário titular, na folha de pagamento subsequente ao recebimento do mesmo pelo OLGP, estando condicionado:
 - aos períodos de carência e aos mecanismos de regulação;
 - à apresentação de nota fiscal e/ou recibo original, constante do ítem e, acima;

- ao relatório médico dos procedimentos realizados;
- à análise pelo auditor médico.

g) Não são passíveis de reembolso, na modalidade de Livre-Escolha os pedidos encaminhados com documentação incompleta, ilegível ou com rasuras ou emendas.

2. Valores e Limites:

a) Consultas médicas, exames, terapias e procedimentos médicos serão reembolsados de acordo com a TRS;

b) Não serão aceitos enquadramentos por “similaridade” à TRS, serviços de diagnóstico, terapias e demais procedimentos médicos;

c) Despesas hospitalares (diárias e taxas) - O valor do reembolso será pago de acordo com a TRS. Somente serão reembolsadas as taxas que constam da referida Tabela. O mesmo se aplica para gasoterapia, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento (SADT) e outros componentes da conta hospitalar.

d) Medicamentos – Serão reembolsados de acordo com a Tabela Brasíndice – coluna de preço ao consumidor.

e) Materiais – Serão reembolsados de acordo com a Tabela SIMPRO ou Tabela dos Hospitais do Rio de Janeiro (a que apresentar menor valor).

f) Materiais Especiais, com valor acima de R\$ 200,00 (duzentos reais), necessitam vir acompanhados de Nota Fiscal discriminada e nominal ao beneficiário. Será reembolsado o valor que constar em Nota Fiscal sem acréscimo de quaisquer percentuais cobrados pela instituição onde foi realizado o procedimento.

g) Materiais Especiais de custo elevado, necessitam de avaliação e de referendo do SERPRO antecipadamente à sua realização.

h) Órteses e Próteses vinculadas à cirurgias previstas na TRS, corresponderá a 100% do menor valor cotado no mercado. Caberá o reembolso de lente intra-ocular desde que incluída no pacote cirúrgico da facectomia e pelo menor preço cotado no mercado onde a cirurgia foi realizada. O modelo de LIO (rígida e dobrável) será considerado mediante apresentação de relatório médico detalhando o tipo de cirurgia realizada.

l) Fonoaudiologia – Para os casos decorrentes de problemas neurológicos a duração do tratamento será fixada pelo SERPRO, de acordo com a necessidade do paciente e com a apresentação de relatório do profissional assistente (médico ou odontólogo), homologado pelo SSO (Serviço de Saúde Ocupacional). Para manutenção do tratamento deverá ser apresentado trimestralmente relatório para acompanhamento da eficácia do tratamento e justificativa de sua continuidade. Para os demais casos serão autorizadas 30 (trinta) sessões.

j) Fisioterapia, hidroterapia, acupuntura e RPG - Serão autorizadas 10 (dez) sessões iniciais, com a apresentação de relatório do médico assistente, homologado pelo SSO. Após esse período deverá ser apresentado relatório médico atualizado da evolução do tratamento, com justificativa para continuidade e previsão de término, incluindo o número de sessões necessárias. Caso o tratamento ultrapasse 30 sessões ou 3 (três) meses, deverá ser apresentado, mensalmente, relatório para acompanhamento da eficácia do tratamento. Faz-se exceção para o tratamento de pacientes portadores de Doenças Crônicas Degenerativas ou Sequelas de Acidente Traumático ou Vascular, cujo relatório para acompanhamento da eficácia do tratamento deverá ser trimestral.

3. Documentos necessários para cada situação:

a) Consultas

Recibo em impresso próprio do médico ou da instituição que efetuou o atendimento, no qual deve constar:

- nome do paciente e data da consulta;
- dados do médico, clínica, hospital, etc. (nome, endereço, CPF ou CNPJ);
- número de registro no CRM (Conselho Regional de Medicina) ou CRN (Conselho Regional de Nutrição) do profissional que fez o atendimento;
- valor da consulta;
- especialidade médica

b) Exames

Recibo ou nota fiscal, no qual devem constar:

- Pedido médico contendo a especialidade e identificação do médico solicitante, assim como o diagnóstico ou hipótese diagnóstica;

- Autorização prévia, se for o caso;
- nome, endereço, CRM, CPF ou CNPJ da entidade profissional;
- nome do paciente e data dos exames;
- separadamente, deve ser indicado o código da tabela e a descrição de cada exame realizado, com o respectivo preço unitário;
- quando se tratar de exames radiológicos, os recibos ou notas fiscais devem indicar quais as partes radiografadas, quantas foram as incidências (chapas), bem como o preço cobrado para cada incidência.
- cópia da solicitação do médico assistente, com identificação do médico;
- código do procedimento solicitado, e valor.

c) Psicoterapia e Terapia Ocupacional

Recibo ou nota fiscal, no qual devem constar:

- nome do paciente;
- dados do profissional, clínica, hospital, etc (nome, endereço, CPF ou CNPJ)
- número de registro no CRM ou CRP (Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Psicologia);
- relatório do profissional assistente, mencionando o diagnóstico e a necessidade da realização do procedimento
- cópia do documento contendo autorização do SSO, visto que para tal procedimento é exigida autorização prévia do SERPRO
- quantitativo de sessões e a data da realização;

d) Fisioterapia, Hidroterapia, Acupuntura e Reeducação Postural Global – RPG

Recibo ou nota fiscal, no qual devem constar:

- nome do paciente;

- dados do profissional, clínica, hospital, etc (nome, endereço, CPF ou CNPJ)
- número de registro no CRM (Conselho Regional de Medicina) ou CRF (Conselho Regional de Fisioterapia);
- relatório médico contendo diagnóstico, quantidade prevista de sessões e sua periodicidade, a ser apresentado para homologação do SSO;
- cópia do documento contendo autorização do SSO, visto que para tal procedimento é exigida autorização prévia do SERPRO
- quantitativo de sessões e a data da realização;
- Na necessidade de autorização de mais sessões deverá ser apresentado novo laudo médico contendo diagnóstico, quantidade de sessões, periodicidade, evolução do tratamento.

e) Fonoaudiologia

Recibo ou nota fiscal, no qual devem constar:

- nome do paciente e data de cada sessão realizada;
- dados do profissional, clínica, hospital, etc (nome, endereço, CPF ou CNPJ)
- número de registro no Conselho Regional de Fonoaudiologia;
- relatório do médico assistente contendo diagnóstico;
- cópia do documento contendo autorização do SSO, visto que para tal procedimento é exigida autorização prévia do SERPRO. Nessa autorização deverá constar em que caso se enquadra o tratamento do beneficiário, ou seja, quanto há limitação do prazo.
- quantitativo de sessões autorizadas, quando o tratamento for limitado a 30 (trinta) sessões/ano.

f) Remoção terrestre (ambulância) - de hospital para hospital

Este serviço será coberto em caso de necessidade de remoção para hospital que ofereça melhores condições de atendimento. Nenhum outro motivo que não o da estrita conveniência médica poderá determinar a remoção do beneficiário, bem como a escolha do meio de transporte.

O pedido de reembolso deverá vir acompanhado de:

f.1) Relatório médico detalhado e legível, informando o diagnóstico do paciente e caracterizando, do ponto de vista estritamente médico, a necessidade da remoção.

f.2) Nota fiscal quitada da instituição que efetuou o atendimento, contendo:

- nome do paciente e data de atendimento;
- valor cobrado;
- nome, CNPJ e endereço completo da instituição;
- data do atendimento;
- total de quilômetros rodados;
- especificar qual o tipo de ambulância - UTI ou simples.

Este serviço não abrange o atendimento de primeiros socorros.

O relatório médico será analisado por médico auditor que avaliará a real necessidade da remoção em ambulância simples ou UTI.

g) Internação

g.1). Despesas hospitalares:

Nota fiscal, acompanhada da conta hospitalar, especificando:

- período de internação;
- padrão de internação apartamento/enfermaria
- discriminação das despesas hospitalares como: serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento (SADT), bem como de todos os materiais, medicamentos, taxas, gasoterapia e outros, utilizados no período de internação;

g.2). Honorários médicos (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, assistência ao recém-nascido, visitas hospitalares, honorários de intensivista e demais honorários médicos que se fizeram necessários durante a internação):

Deverão vir acompanhados de relatório emitido pelo médico assistente informando diagnóstico, código do procedimento, tratamento realizado, período de internação, quantidade de visitas realizadas e recibo em impresso próprio do médico e com sua assinatura e/ou nota fiscal quitada da instituição que efetuou o atendimento, contendo:

- dados do médico, clínica, hospital, etc. (nome, endereço, CPF ou CNPJ);
- número de registro no CRM (Conselho Regional de Medicina) com assinatura e carimbo do profissional e sua especialidade. No caso do relatório conter estes dados, não será necessária a identificação dos mesmos na Nota Fiscal;
- assinatura e carimbo do profissional;
- valor cobrado;
- nome do paciente;
- data da realização;
- em caso de equipe cirúrgica, informar nome, CRM, posição (cirurgião, 1º, 2º e 3º auxiliares, anestesista, neonatologista, etc.), e valor cobrado de cada profissional.

Nas internações e cirurgias programadas deverá ser solicitada autorização ou perícia prévia, conforme o previsto para cada procedimento da TRS – coluna CA – código de autorização:

- código 0 – não há necessidade de autorização prévia;
- códigos 1, 2, 4 e 5 – necessidade de autorização prévia;
- código 3 – necessidade de autorização com perícia prévia.

Nos casos de cirurgias realizadas em caráter de urgência ou emergência, na modalidade de Livre-Escolha, o beneficiário deve enviar ao SERPRO, após o evento, relatório médico atestando a urgência e descrevendo o procedimento cirúrgico, para verificação de possibilidade de reembolso.

Quando o procedimento cirúrgico tiver sido realizado por cirurgião credenciado e um ou mais componentes da equipe cirúrgica não for credenciado, cabe reembolso ao beneficiário referente aos honorários destes profissionais, independentemente de o procedimento ter sido realizado em regime de urgência/emergência.

4. Normas Gerais para a definição do valor do reembolso para honorário médico:

- a) O reembolso dos valores de remuneração médica das áreas de clínica geral e especializada, quando os pacientes estiverem internados, serão equivalentes a uma visita hospitalar por dia de internação. Nos casos comprovadamente graves, cujos pacientes exigirem a presença constante ou avaliações repetidas do médico assistente, poderão ser reembolsadas mais de uma visita hospitalar diária, mediante a apresentação de relatório médico detalhado e legível (no máximo duas).
- b) A entrega e avaliação de exames complementares solicitados, quando decorrentes do primeiro atendimento, não serão reembolsados como uma nova consulta.
- c) Os valores de reembolso atribuídos a cada procedimento incluem os cuidados pós-operatórios até 10 (dez) dias após o ato cirúrgico – esgotado este prazo, os honorários médicos serão reembolsados conforme o previsto para internações clínicas (visitas hospitalares).

5. Acréscimo de valores nos atos cirúrgicos:

- a) Quando se verificar a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões a partir da mesma via de acesso, o preço da cirurgia será o da que corresponder, por aquela via, ao maior valor, acrescido de 50% do valor dos outros atos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.
- b) Quando ocorrer mais de uma intervenção, por diferentes vias de acesso, serão adicionados ao preço da considerada principal ou de maior porte, o equivalente a 70% do valor referente às demais.
- c) Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a remuneração devida será feita a cada uma delas de acordo com o previsto na TRS.
- d) Quando o ato cirúrgico for parte integrante de outro, remunerar-se-á não a somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

6. Honorários do cirurgião e auxiliar de cirurgia:

- a) A remuneração dos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% dos honorários do cirurgião para o 1º auxiliar, de 20% para o 2º e 3º auxiliares (quando o caso exigir).

b) Para paciente internado em apartamento, o valor do reembolso dos honorários médicos será acrescido 100% no valor previsto na TRS.

7. Acréscimo nos valores de honorários médicos – para atendimentos de urgências ou emergências:

Os honorários terão um acréscimo de 30% nas seguintes eventualidades:

- a) No período compreendido entre 19h00 e 07h00 do dia seguinte.
- b) Aos sábados após as 12h00.
- c) Em qualquer horários nos domingos e feriados.
- d) As cirurgias eletivas marcadas para estes horários, não serão reembolsadas com este acréscimo de 30%.

8. Considera-se fora de prazo, para efeito de reembolso:

- a) despesas passíveis de reembolso após transcorridos 90 (noventa) dias da realização do procedimento, entendendo-se como tal a data do recibo ou nota fiscal de pagamento;
- b) exames realizados após 30 (trinta) dias da data do pedido médico;
- c) internações ocorridas após 30 (trinta) dias da solicitação médica;
- d) reapresentação de documento devolvido após 60 (sessenta) dias da data da devolução do processo, em situação de solicitação de complementação de documentação;
- e) recurso interposto após decorrido 60 (sessenta) dias da data da resposta negando o reembolso