

GUIA DO BENEFICIÁRIO

PAMHO

Plano de assistência
médico-hospitalar
e odontológica

... e outros
benefícios
em saúde

GUIA DO BENEFICIÁRIO

PAMHO

Plano de assistência
médico-hospitalar
e odontológica

... e outros
benefícios
em saúde

SUMÁRIO

7 - 1 - APRESENTAÇÃO

- 8 - 1.1 - Benefícios em saúde
- 8 - 1.2 - Atendimento telefônico
- 9 - 1.3 - Atendimento por e-mail
- 9 - 1.4 - Atendimento presencial

11 - 2 - BENEFICIÁRIOS

- 12 - 2.1 - Titulares
- 12 - 2.2 - Dependentes
- 14 - 2.3 - Como fazer a adesão ao plano de saúde e demais benefícios?
- 14 - 2.4 - Por que atualizar os dados cadastrais dos beneficiários?
- 15 - 2.5 - Como atualizar os dados cadastrais do titular?
- 15 - 2.6 - O plano de saúde e demais benefícios podem ser cancelados?

19 - 3 - PLANO DE SAÚDE

- 20 - 3.1 - Quais as coberturas assistenciais do plano de saúde?
- 20 - 3.2 - Como utilizar as coberturas do plano de saúde?
- 21 - 3.3 - O que fazer em caso de perda do cartão do plano de saúde?
- 21 - 3.4 - Existem carências ou preexistências no plano de saúde?
- 21 - 3.5 - Existem limitações na quantidade de procedimentos terapêuticos?
- 22 - 3.6 - Há limitações de coberturas nos procedimentos odontológicos?
- 23 - 3.7 - Onde ser atendido em cidades sem rede assistencial credenciada da Itaipu?
- 23 - 3.8 - O que o plano de saúde não cobre?
- 24 - 3.9 - Os procedimentos da área médica precisam de autorização prévia?
- 25 - 3.10 - Qual a validade da autorização dos procedimentos?
- 25 - 3.11 - O que é perícia presencial pré-operatória?
- 26 - 3.12 - Qual é o padrão de acomodação coberto durante o internamento?
- 26 - 3.13 - O acompanhante tem direito às refeições durante a internação?
- 26 - 3.14 - O plano de saúde cobre serviço de remoção?
- 27 - 3.15 - Como realizar a perícia odontológica?
- 27 - 3.16 - Tratamento ortodôntico
- 27 - 3.17 - Cirurgia bucomaxilofacial

29 - 4 - OUTROS BENEFÍCIOS EM SAÚDE

- 30 - 4.1 - Coberturas e formas de concessão
- 30 - 4.2 - Benefícios em saúde que dependem de autorização prévia
- 31 - 4.3 - Medicamento de uso contínuo – muc
 - 31 - 4.3.1 - Como posso solicitar o muc?
 - 32 - 4.3.2 - Percentual de cobertura
 - 32 - 4.3.3 - Exclusões de cobertura do muc
- 32 - 4.4 - Órteses e próteses não ligadas ao ato cirúrgico
 - 33 - 4.4.1 - Cobertura de órteses, próteses e materiais especiais (opme) não ligadas ao ato cirúrgico e equipamentos médicos de uso domiciliar
 - 38 - 4.4.2 - Benefício para compra de óculos ou lentes de contato
- 39 - 4.5 - Imunização e tratamento dessensibilizante
 - 39 - 4.5.1 - Coberturas do benefício imunização
 - 40 - 4.5.2 - Dessensibilizantes
- 40 - 4.6 - Material para aferição de glicemia capilar e aplicação de insulina
- 41 - 4.7 - Material de uso exclusivo pcd
- 42 - 4.8 - Assistência domiciliar
- 42 - 4.9 - Internação domiciliar
- 44 - 4.10 - Remoção aeromédica
- 44 - 4.11 - Encaminhamento médico externo

47 - 5 - REEMBOLSO

- 48 - 5.1 - Regras de reembolso
- 48 - 5.2 - Forma de solicitação de reembolso
 - 48 - 5.2.1 - Reembolso pamho
 - 49 - 5.2.2 - Reembolso de vacinas
 - 49 - 5.2.3 - Reembolso de lentes e armação
 - 50 - 5.2.4 - Reembolso de medicamento de uso contínuo



1 - APRESENTAÇÃO

A ITAIPU oferta aos seus empregados Ativos e Assistidos e Pensionistas da FIBRA o PAMHO - Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em 02/08/1999, sob o nº: 416826997. E este guia foi desenvolvido com o objetivo de fornecer informações para que, quando necessário, você possa desfrutar com tranquilidade e segurança do PAMHO e dos demais benefícios de assistência à saúde.

1.1 - BENEFÍCIOS EM SAÚDE

- PAMHO
- Assistência Médico-Hospitalar Pais;
- Auxílio ao Medicamento de Uso Contínuo - MUC;
- OPME não ligada ao ato cirúrgico;
- Equipamentos médicos de uso domiciliar;
- Imunização;
- Materiais para aferição de Glicemia Capilar;
- Material de uso exclusivo de Pessoa Com Deficiência – PCD;
- Assistência Domiciliar;
- Internação Domiciliar;
- Transplantes extra-rol da ANS;
- Remoção aeromédica.
- Encaminhamento Médico Externo

Para mais informações consulte:

- Regulamento do PAMHO
- Norma Interna – Medicamento de Uso Contínuo (Disponível no NovoWebPlan em Avisos e Arquivos)

1.2 - ATENDIMENTO TELEFÔNICO

Empregados Ativos - **0800 642 6776 Opção 2**
 Assistedos e Pensionistas da FIBRA - **0800 642 6776 Opção 1**

1.3 - ATENDIMENTO POR E-MAIL

Medicamento de Uso Contínuo (Solicitações de autorização e de reembolso) - medicamento@itaipu.gov.br

Plano de Saúde - planodesaude@itaipu.gov.br

1.4 - ATENDIMENTO PRESENCIAL

Empregados Ativos - Divisão de Administração de Benefícios - RHGB.AD - Escritório Central

Ativos, Assistedos e Pensionistas da FIBRA
 Centro Executivo
 Av. Sílvio Américo Sasdeli, 800
 Vila A, CEP 85866-900, Foz do Iguaçu - PR





2 - BENEFICIÁRIOS

2.1 - TITULARES

- **Conselheiros da ITAIPU** – Margem Esquerda durante a vigência do mandato;
- **Diretores da ITAIPU** – Margem Esquerda durante a vigência do mandato;
- **Empregado(a) da ITAIPU** – Margem Esquerda, incluindo o(a) cedido(a);
- **Requisitado(a) na forma do Tratado de ITAIPU** - Anexo A, art. 27;
- **Aposentado(a) e Pensionista pela FIBRA** inclusive aquele(a) oriundo(a) do quadro próprio dessa instituição.

2.2 - DEPENDENTES

São **DEPENDENTES DIRETOS** dos beneficiários titulares, desde que devidamente inscritos:

- Cônjuge ou companheiro(a);
- Filho(a) solteiro(a) até 25 anos incompletos;
- Enteado(a) solteiro(a) até 25 anos incompletos;
- Tutelado(a) até 18 anos;
- Menor Sob Guarda, observado o disposto no MPRH - Capítulo 3 - Benefícios e no Regulamento do PAMHO - Capítulo 3 - QUALIFICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS E CONDIÇÕES PARA O PAMHO

São considerados beneficiários **AGREGADOS**:

- Pai e Mãe de empregados da ITAIPU contratados até o dia 1º de novembro de 2003; exceto para os benefícios Medicamento de Uso Contínuo, Material para Aferição de Glicemia Capilar, Material de Uso Exclusivo PCD e Encaminhamento Médico Externo e Odontologia.

COBERTURA DO BENEFÍCIO	TIPO DE BENEFICIÁRIO				
	Titular Ativo	Titular Aposentado	Dependente de Ativo	Dependente de Aposentado	Pai e Mãe
PAMHO	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
AMH - Pais	Não	Não	Não	Não	Sim
Medicamento de Uso Contínuo	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
OPME - órtese e prótese não ligada a ato cirúrgico	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Equipamentos médicos de uso domiciliar	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Imunização - Vacinas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Materiais para aferição de Glicemia Capilar	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Material de uso exclusivo de Pessoa Com Deficiência – PCD	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Assistência domiciliar	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Internação domiciliar	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Transplante extra rol ANS	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Remoção aero médica	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Encaminhamento Médico Externo	Sim	Não	Sim	Não	Não

2.3 - COMO FAZER A ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE E DEMAIS BENEFÍCIOS?

Os titulares podem ser inscritos no PAMHO no momento da admissão na ITAIPU ou na FIBRA, como empregado ou assistido. Também podem ser incluídos beneficiários dependentes, conforme classificação do item anterior. Para tanto, é necessária a apresentação do Formulário de Adesão devidamente preenchido com os seguintes documentos em anexo:

- Certidão de Casamento ou Escritura Pública de União Estável;
- Certidão de Nascimento para filhos e enteados;
- Termo judicial de Guarda ou Tutela para menor sob guarda ou tutelado;
- Declaração de Imposto de Renda do titular, comprovando dependência financeira para enteados;
- Laudo médico atestando condição de incapacidade para filhos inválidos. (Os filhos inválidos terão sua condição comprovada após perícia médica conduzida pelo médico supervisor do PAMHO).

Formulário de Adesão de Titular e Dependentes: [CLIQUE AQUI](#)



Preencha, assine o formulário e envie as cópias dos documentos à Divisão de Benefícios no e-mail planodesaude@itaipu.gov.br. Também é necessário enviar a documentação física ao endereço citado no Item 1 deste guia.

2.4 - POR QUE ATUALIZAR OS DADOS CADASTRALS DOS BENEFICIÁRIOS?

Além de serem essenciais para o fornecimento dos benefícios e sua operação, a ITAIPU encaminha periodicamente os dados de seus beneficiários à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Além disso, por meio de seus dados cadastrais podemos entrar em contato, sempre que necessário.

2.5 - COMO ATUALIZAR OS DADOS CADASTRALS DO TITULAR?

Mudança de endereço e/ou telefone

Enviar as informações atualizadas ao e-mail planodesaude@itaipu.gov.br e também realizar os passos abaixo:

Ativos: Realizar a atualização diretamente no Portal de Recursos Humanos (SAP)

Assistidos: Informar à FIBRA

Estado civil

Enviar certidão digitalizada correspondente ao novo estado civil para o e-mail planodesaude@itaipu.gov.br e também realizar os passos abaixo:

Ativos: Informar ao RHGM.AD – Divisão de Remuneração e Movimentação de RH

Assistidos: Informar à FIBRA

A Itaipu poderá solicitar documentos complementares para comprovação de estado civil e vínculo dos beneficiários dependentes.

2.6 - O PLANO DE SAÚDE E DEMAIS BENEFÍCIOS PODEM SER CANCELADOS?

SIM. Em algumas situações o plano de saúde e demais benefícios podem ser cancelados.

Veja a seguir quando isso pode acontecer:

TITULARES

- Falecimento;
- Perda do vínculo com a ITAIPU, para empregados ativos;
- Perda do vínculo com a FIBRA, no caso de assistidos ou empregados da FIBRA;
- Conselheiro(a) e Diretor(a): após publicação do ato de exoneração ou substituição no Diário Oficial da União;
- Requisitado(a): por devolução ao órgão de origem;
- Suspensão do contrato de trabalho por demanda do beneficiário;
- Fraude comprovada.

DEPENDENTES

- Falecimento;
- Por manifestação formal do titular através do Formulário de Exclusão preenchido e assinado;
- Por perda, por parte do titular, do vínculo com a ITAIPU ou FIBRA;
- Por falecimento do titular, após o período de 24 meses a contar da data do falecimento. Se o dependente acessar a pensão da FIBRA, mantém o PAMHO na categoria de pensionista.
- Por fraude comprovada;
- Cônjuge e Companheiro(a): expedição da decisão judicial de ação de alimentos, separação, divórcio ou de dissolução da união estável.
- Filho(a), Enteado(a) e Menor sob Guarda:
 - Ao completar 25 anos;
 - Casamento ou união estável;
 - Exercer emprego ou função pública;
 - Abertura de empresa formal;
 - O enteado por divórcio, separação ou dissolução da união estável entre seu pai ou mãe que mantinha vínculo com o(a) titular;
 - O enteado, sessenta dias após o falecimento do pai ou mãe que mantinha vínculo com o(a) titular;
 - O enteado caso não conste como dependente financeiro na Declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular ativo ou assistido;
 - O menor sob guarda, por anulação da Guarda.
- Tutelado:
 - Ao completar 18 anos;
 - Casamento ou união estável;
 - Exercer emprego ou função pública;
 - Abertura de empresa formal;
 - Por revogação da tutela;

O titular é o responsável por devolver o(os) cartão(ões) de identificação do Plano de Saúde à Divisão de Administração de Benefícios em qualquer condição que implique no cancelamento do benefício ao dependente.

Formulário de Termo de Exclusão: [CLIQUE AQUI](#)



Toda despesa gerada a partir da perda do direito é de responsabilidade do Titular e deverá ser ressarcida à ITAIPU.





3 - PLANO DE SAÚDE

3.1 - QUAIS AS COBERTURAS ASSISTENCIAIS DO PLANO DE SAÚDE?

Para saber se um procedimento está coberto pelo PAMHO tenha em mãos o código do procedimento e sua descrição. Esse código é fornecido pelo médico que solicitou o procedimento.

Confira a lista completa acessando as tabelas abaixo:

- “Tabela de Honorários e Procedimentos da Área Médica”.
- “Tabela Médica Itaipu”.
- “Tabela de Serviços e Procedimentos da Área Odontológica”.

Tabelas disponíveis aqui:



ATENÇÃO!

Os beneficiários da AMH – Pais NÃO têm cobertura para procedimentos e serviços odontológicos.

3.2 - COMO UTILIZAR AS COBERTURAS DO PLANO DE SAÚDE?

Ao utilizar a rede assistencial credenciada da Itaipu apresente SEMPRE:

- Cartão do PAMHO, físico ou digital, que é pessoal e intransferível.
- Documento de identificação oficial com foto.

No cartão de identificação do PAMHO constam todas as informações necessárias para o preenchimento/lançamento das guias de atendimento pelo credenciado.

A Rede Credenciada da ITAIPU pode ser consultada no Portal da ITAIPU: [CLIQUE AQUI](#).



Todas as alterações de credenciamentos e descredenciamentos são disponibilizadas diretamente no Portal da Itaipu.

3.3 - O QUE FAZER EM CASO DE PERDA DO CARTÃO DO PLANO DE SAÚDE?

Em caso de perda ou roubo do seu cartão de identificação, utilize a carteirinha virtual gerada pelo APP Itaipu PAMHO, disponível para Android e iPhone. Caso necessite do cartão físico, entre em contato com a Divisão de Benefícios da Itaipu e solicite a 2ª via do cartão pelo e-mail planodesaude@itaipu.gov.br.

3.4 - EXISTEM CARÊNCIAS OU PREEEXISTÊNCIAS NO PLANO DE SAÚDE?

NÃO. Essa é uma das características do Plano de Saúde da ITAIPU.

Não existem carências nem restrições para portadores de doenças ou lesões pré-existentes. Contudo existem limites de coberturas e prazos intervalares para uso dos serviços. [CLIQUE AQUI](#).



3.5 - EXISTEM LIMITAÇÕES NA QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS?

SIM. As consultas e sessões de terapias possuem limites de cobertura em conformidade com as Diretrizes de Utilização da ANS e Normas Internas da ITAIPU. [CLIQUE AQUI](#).



3.6 - HÁ LIMITAÇÕES DE COBERTURAS NOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS?

SIM. Os serviços ou procedimentos da área odontológica com limites de cobertura estão previstos na “Tabela de Serviços e Procedimentos da Área Odontológica”: [CLIQUE AQUI](#).



Veja alguns procedimentos que tem intervalo estabelecido:

PROCEDIMENTO	INTERVALO
Atividade Educacional em Saúde Bucal	1 ano, cobertura somente para menores de 14 anos
Aplicação Tópica de Flúor	6 meses
Aplicação de Selante	1 ano
Radiografia Intra Oral – Série Completa	1 ano
Prótese sobre Implante	5 anos
Radiografia Panorâmica	6 meses
Documentação Ortodôntica	1 vez na vida por beneficiário
Aparelho Ortodôntico	1 vez na vida por beneficiário, independentemente da quantidade de sessões realizadas no tratamento ora executado e coberto pela Itaipu, observado o limite de sessões descrita em capítulo específico deste documento

IMPLANTES

Cada beneficiário tem direito a cobertura de 8 implantes dentários, sendo 4 na arcada inferior e 4 na arcada superior.

Cada implante é coberto uma vez na vida, ou seja, se foi realizado implante em um determinado elemento, ainda que seja necessário remover e fazer novo implante no mesmo local, não há nova cobertura.

3.7 - ONDE SER ATENDIDO EM CIDADES SEM REDE ASSISTENCIAL CREDENCIADA DA ITAIPU?

Você pode ser atendido de duas formas:

CRENCIAMENTO COM OUTRA OPERADORA

Caso resida em cidades sem rede assistencial credenciada da ITAIPU, o atendimento será realizado por outra operadora de plano de saúde, conforme contratação vigente, com as mesmas coberturas ofertadas pela ITAIPU.

Em viagem utilize seu cartão da operadora contratada pela ITAIPU.

SISTEMA DE LIVRE ESCOLHA

Neste caso, o beneficiário pagará pelas despesas diretamente ao prestador de serviços e apresentará os comprovantes das despesas para fins de reembolso mediante tabela de honorários da ITAIPU. Mais informações sobre reembolso estão no capítulo 5 deste Manual.

3.8 - O QUE O PLANO DE SAÚDE NÃO COBRE?

Procedimentos que não constem nas tabelas utilizadas pelo PAMHO - Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica disponível no Portal da ITAIPU, não são cobertos. Veja alguns exemplos:

ÁREA MÉDICA

- Exames, tratamentos e medicamentos sem prescrição médica;
- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- Medicamentos de uso off-label;
- Medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- Medicamentos e materiais, aluguel ou aquisição de aparelhos e atendimentos domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência, exceto os medicamentos e materiais de cobertura obrigatória pela ANS;
- Medicamentos, materiais, próteses e órteses sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- Medicamentos, materiais, próteses ou órteses sem comprovação da eficácia ou efetividade conforme critérios da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;
- Próteses, órteses e seus acessórios, quando não implantadas cirurgicamente;
- Vacinas e hipossensibilizantes;
- Transplantes, exceto os previstos no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS;
- Tratamento da infertilidade, incluindo captação de gametas, fertilização in vitro, inseminação artificial, congelamento e conservação de células ou embriões e qualquer procedimento relacionado;

- Tratamento de calvície;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;
- Internação, consultas e exames em clínica de emagrecimento, ainda que realizados por prescrição médica;
- Internação em clínicas ou casa de repouso, ainda que por indicação médica;
- Estadia de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- Assistência de enfermagem particular;
- Internação domiciliar;
- Acomodação em categoria superior à estabelecida no Regulamento do PAMHO;
- Produtos de higiene pessoal;
- Serviços telefônicos, aluguel de televisão, frigobar ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente ao tratamento do beneficiário;
- Despesas de indenização por danos ou destruição de objetos;
- Taxas de aplicação de medicamentos ou coleta de material para exame.

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

- Exames, tratamentos e medicamentos sem prescrição odontológica;
- Procedimentos de caráter estético, incluindo substituições de restaurações;
- Tratamentos ortodônticos parciais;
- Substituições de próteses fixas, consideradas tecnicamente satisfatórias, por implante e próteses sobre implante;
- Extrações de dentes onde seja possível a instalação de prótese fixa ou restauração, com a finalidade de colocação de implantes em seu lugar;
- Aplicações de selantes associadas às restaurações de resinas foto polimerizáveis extensas, como proteção adicional;

ATENÇÃO:

Estas exclusões são do Plano de Saúde. Os demais benefícios têm suas coberturas e exclusões estipuladas no capítulo 4.

3.9 - OS PROCEDIMENTOS DA ÁREA MÉDICA PRECISAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

SIM. Alguns procedimentos eletivos necessitam de autorização prévia à realização. Eles podem ser consultados no Portal da Itaipu, na [“Tabela Médica Itaipu”](#).



Solicite ao profissional que lhe informe o código e a descrição do procedimento a ser realizado.

Para facilitar a autorização dos procedimentos, tenha em posse todos os exames com laudos, relatórios com justificativas dos profissionais solicitantes e as respectivas guias fornecidas pelo prestador.

Estes documentos devem ser apresentados no local de REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO, para que seja providenciada a liberação através do portal eletrônico do plano de saúde.

IMPORTANTE:

Ainda que alguns procedimentos não necessitem de autorização prévia, **TODOS DEVEM SER LANÇADOS NO SISTEMA PELO PRESTADOR QUE OS REALIZARÁ.**

FIQUE ATENTO!

Só agende exames ou internações eletivas com a autorização confirmada.

3.10 - QUAL A VALIDADE DA AUTORIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS?

As guias de serviços autorizados pela ITAIPU têm validade de acordo com sua categoria:

- 30 dias para guias de Consulta
- 60 dias para guias de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – SADT
- 90 dias para guias de Internações
- 60 dias para guias de Odontologia

3.11 - O QUE É PERÍCIA PRESENCIAL PRÉ-OPERATÓRIA?

Em alguns casos, a autorização de um procedimento pode necessitar de uma consulta do beneficiário com o Auditor Médico da ITAIPU.

Se você for informado que a autorização do procedimento que irá realizar depende de Perícia Médica Pré-Operatória, compareça no local, dia e hora marcado, com no mínimo 15 minutos de antecedência. Após a perícia, a autorização será comunicada ao beneficiário por telefone ou e-mail pelo prestador que realizará o procedimento.

3.12 - QUAL É O PADRÃO DE ACOMODAÇÃO COBERTO DURANTE O INTERNAMENTO?

Apartamento em acomodação privativa com banheiro e direito a um acompanhante.

Lembre-se que a mudança de acomodação para padrão superior pode implicar em outras despesas, como honorários médicos, que não serão pagos pela ITAIPU.

3.13 - O ACOMPANHANTE TEM DIREITO ÀS REFEIÇÕES DURANTE A INTERNAÇÃO?

O café da manhã do acompanhante está incluído na diária hospitalar. As demais refeições somente são custeadas nas seguintes situações:

- Acompanhante de beneficiários internados com idade até 18 anos;
- Acompanhante de beneficiários internados com idade superior a 60 anos;
- Acompanhante de parturiente;
- Acompanhante de pessoas portadoras de patologia neurológica ou psiquiátrica que exija acompanhamento contínuo.

3.14 - O PLANO DE SAÚDE COBRE SERVIÇO DE REMOÇÃO?

O plano de saúde da ITAIPU dá cobertura para remoção intra-hospitalar: beneficiário internado em um hospital sem recursos para atendê-lo é removido para outro hospital de maior complexidade, por solicitação médica.

ATENÇÃO!

Não há cobertura para remoção do domicílio para hospitais, de via pública para hospitais e nem de hospitais para domicílio.

3.15 - COMO REALIZAR A PERÍCIA ODONTOLÓGICA?

Os procedimentos e serviços odontológicos que necessitam de análise do perito odontológico estão descritos na [“Tabela de Serviços e Procedimentos da Área Odontológica”](#).



O dentista fará a solicitação do procedimento no portal eletrônico do plano de saúde. Caso seja necessária uma consulta com o perito, o dentista informará o beneficiário para agendar a perícia.

3.16 - TRATAMENTO ORTODÔNTICO

É coberto a partir de sete anos de idade e necessita de Perícia. Existem dois programas de ortodontia: Convencional e ou integral, excludentes entre si e único na vida por beneficiário:

- A convencional é limitada a 36 manutenções, não haverá saldo de manutenções quando encerrados os tratamentos mesmo que não utilizadas na sua totalidade.
- A integral tem prazo de conclusão de até 30 meses e mínimo de 24 meses.

3.17 - CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

Tem cobertura para realização por cirurgião dentista. Entretanto deve seguir o fluxo de liberação de procedimento médico. Com a solicitação do procedimento no portal do plano de saúde, haverá análise do perito odontológico e posterior análise médica para a parte hospitalar.



4 - OUTROS BENEFÍCIOS EM SAÚDE

4.1 - COBERTURAS E FORMAS DE CONCESSÃO

A cobertura de Equipamentos médicos de uso domiciliar, Materiais para aferição de Glicemia Capilar e Materiais de uso PCD se dá exclusivamente por reembolso de despesa comprovada por documento fiscal.

Os benefícios Assistência Domiciliar, Internação Domiciliar, Remoção Aeromédica e Transplantes extra rol ANS, Imunização/Vacinas e OPME não ligados ao ato cirúrgico podem ser prestados por rede credenciada direta ou de operadora de plano de saúde contratada da ITAIPU Margem Esquerda, bem como na modalidade livre escolha / reembolso.

4.2 - BENEFÍCIOS EM SAÚDE QUE DEPENDEM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

TIPO DE BENEFÍCIO	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA
Medicamento de Uso contínuo	Sim
OPME - órtese e prótese não ligada ao ato cirúrgico	Não
Equipamentos médicos de uso domiciliar	Não
Imunização – Vacinas	Não
Materiais para aferição de glicemia	Sim
Materiais para uso exclusivo PCD	Sim
Assistência domiciliar	Sim
Internação domiciliar	Sim
Transplante extra rol ANS	Sim
Remoção aeromédica	Sim
Encaminhamento Médico Externo	Sim

4.3 - MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO – MUC

Benefício ofertado pela ITAIPU garantido em Acordo Coletivo de Trabalho e regulamentado em Norma Interna, que visa proporcionar ao beneficiário a continuidade do tratamento médico para doenças crônicas, previamente definidas, que possam agravar o estado do paciente não tratado.

4.3.1 - COMO POSSO SOLICITAR O MUC?

Enviar para o endereço medicamento@itaipu.gov.br:

Formulário “[Guia de Prescrição de Medicamento de Uso Contínuo](#)”,



ou Receita Médica contendo:

- Nome completo do beneficiário;
- Matrícula do beneficiário;
- Doença principal e secundária;
- CID para cada medicamento;
- Período de utilização de medicamento;
- Descrição legível do medicamento com dosagem e posologia;
- Local e Data;
- Assinatura e carimbo com o número do CRM do médico.

Podem ser solicitados pela equipe da Itaipu documentos e exames complementares para comprovação do diagnóstico a qualquer tempo.

Todos os tratamentos concedidos no MUC terão vigência de 6 ou 12 meses, contados a partir da data de prescrição.

Quando for aprovada a cobertura do medicamento, será enviada ao e-mail do beneficiário a Guia de Autorização de Cobertura. Com este documento, o beneficiário pode adquirir os medicamentos cobertos nas farmácias conveniadas.

Também é possível adquirir os medicamentos autorizados em farmácias não conveniadas e solicitar reembolso pelo e-mail medicamento@itaipu.gov.br.

IMPORTANTE:

A Itaipu oferece subsídio financeiro ao Benefício Medicamento de Uso Contínuo Autorizado mediante avaliação técnica/administrativa prévia. Caso não haja a autorização ao uso desde benefício, **NÃO DEIXE DE UTILIZAR O MEDICAMENTO INDICADO PELO SEU MÉDICO.**

A solicitação de medicação negada também será devolvida ao titular solicitante por e-mail.

ATENÇÃO!

É obrigação do beneficiário titular controlar o prazo de validade das autorizações, atualização dos medicamentos ou dosagens.

4.3.2 PERCENTUAL DE COBERTURA

O percentual de cobertura para cada patologia está descrito na Norma Interna aprovada, disponível no NovoWebPlan em Avisos e Arquivos. Na guia de autorização do Medicamento de Uso Contínuo também é citado o percentual de cobertura.

LEMBRE-SE:

O percentual de cobertura é definido em Acordo Coletivo de Trabalho vigente e está diretamente ligado à PATOLOGIA (Doença) e não à medicação!

A participação financeira do beneficiário ocorrerá por meio de desconto em folha de pagamento para ativos e folha de suplementação de aposentadoria assistidos.

4.3.3 EXCLUSÕES DE COBERTURA DO MUC

- Medicamentos adquiridos sem aprovação prévia;
- Medicamentos sem indicação de bula para a CID indicada;
- Prescrições com emissão acima de 60 dias da data de entrega para análise técnica na Itaipu;
- Medicamento sem registro na ANVISA;
- Medicamento adquirido no exterior, ainda que tenha similar registrado na ANVISA no Brasil;
- Suplemento vitamínico, nutricional ou mineral;
- Anti-inflamatórios;
- Analgésicos;
- Antibióticos;
- Fitoterápicos;
- Homeopáticos;
- Ortomolecular;
- Cicatrizantes;
- Antissépticos;
- Antiparasitários;
- Protetor solar;
- Hidratantes;
- Lubrificantes;
- Qualquer equipamento adjuvante para aferição de glicose ou colesterol;
- Materiais descartáveis.

4.4 - ÓRTESES E PRÓTESES NÃO LIGADAS AO ATO CIRÚRGICO

ÓRTESE: Dispositivo permanente ou transitório utilizado para auxiliar as funções de um órgão, membro ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/ou compensando insuficiências funcionais. Exemplo: óculos, muletas, aparelhos auditivos.

PRÓTESE: Dispositivo permanente ou transitório que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Exemplo: prótese de braço ou perna.

4.4.1 - COBERTURA DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME) NÃO LIGADAS AO ATO CIRÚRGICO E EQUIPAMENTOS MÉDICOS DE USO DOMICILIAR

DESCRIÇÃO	CRITÉRIOS TÉCNICOS	PRAZO INTERVALAR
Almofada para Cadeira de Rodas – Espuma, Silicone ou Viscoelástico	Pedido médico e nota fiscal	Seis meses
Almofada para Cadeira de Rodas – Neoprene com Câmara de Ar Interna - PCD	Pedido médico com descrição do quadro clínico e nota fiscal	Três anos
Aparelho Auditivo - Unidade	Necessária audiometria, pedido do otorrinolaringologista e nota fiscal	Cinco anos
Aparelho de Descarga MI Legg-Perthus	Pedido médico com radiografia, nota fiscal	Cinco anos
Aparelho Denis-Brown - Unilateral	Pedido médico com radiografia, nota fiscal	Dois anos
Aparelho Noturno Genu-Valgus - Unilateral	Pedido médico com radiografia, nota fiscal	Dois anos
Aparelho Diurno Genu-Valgus - Unilateral	Pedido médico com radiografia, nota fiscal	Dois anos
Aparelho Longo Tutor de Marcha – Unilateral	Pedido médico com relatório do quadro clínico e nota fiscal	Dois anos
Aparelho Curto Tutor de Marcha – Unilateral	Pedido médico com relatório do quadro clínico e nota fiscal	Dois anos
Apoio Elástico Anti-equino - Unilateral	Pedido médico com relatório do quadro clínico e nota fiscal	Dois anos
Bengala Canadense	Pedido médico com histórico de cirurgia ou patologia crônica; nota fiscal	Dois anos
Bota Felps – Aparelho Codivilla	Pedido médico com relatório do quadro clínico e nota fiscal	Dois anos

DESCRIÇÃO	CRITÉRIOS TÉCNICOS	PRAZO INTERVALAR
Bota Imobilizadora	Pedido médico de ortopedista e nota fiscal	Reembolso único
Bota Ortopédica Adulto (Par)	Pedido médico com radiografia, nota fiscal	Dois anos
Bota Ortopédica Infantil (Par)	Pedido médico com radiografia, nota fiscal	Seis meses
Cadeira de Rodas para Banho Adulto	Pedido médico com quadro clínico e nota fiscal	Um ano
Cadeira de Rodas Manual Adulto – PCD	Pedido médico com quadro clínico e nota fiscal	Cinco anos
Cadeira de Rodas Manual Infantil – PCD	Pedido médico com quadro clínico e nota fiscal	Dois anos
Cadeira de Rodas Motorizada – Adulto – PCD	Pedido médico com quadro clínico e nota fiscal	Cinco anos
Cadeira de Rodas Motorizada – Infantil – PCD	Pedido médico com quadro clínico e nota fiscal	Cinco anos
Cadeira de Rodas Manual Adulto – uso intermitente	Pedido médico com quadro clínico e nota fiscal	Reembolso único
Cadeira de Rodas Manual Infantil – uso intermitente	Pedido médico com quadro clínico e nota fiscal	Reembolso único
Cama Hospitalar – Aluguel	Pedido médico com justificativa e previsão de tempo de utilização. Nota fiscal ou recibo de aluguel com CNPJ do locatário	Mensal
Cama Hospitalar – Aquisição	Pedido médico com justificativa e previsão de tempo de utilização. nota fiscal	Reembolso único
Cinta ou Faixa Torácica	Pedido médico, descrição de cirurgia prévia não-estética, ou patologia lombar e nota fiscal	Reembolso único
Cinta Elástica (Barbatanas de Duralumínio)	Pedido médico, descrição de cirurgia prévia não-estética, ou patologia lombar e nota fiscal	Reembolso único
Cinta Elástica (Barbatanas Flexíveis)	Pedido médico, descrição de cirurgia prévia não-estética, ou patologia lombar e nota fiscal	Reembolso único
Cinta Elástica com Tração para Hálux Valgus	Pedido médico indicando cirurgia prévia ou Artrite reumatóide e nota fiscal	Reembolso único

DESCRIÇÃO	CRITÉRIOS TÉCNICOS	PRAZO INTERVALAR
Colar Cervical Plástico com Apoio Mentoniano	Pedido médico indicando trauma prévio ou patologia degenerativa e nota fiscal	Reembolso único
Colar Cervical de Espuma	Pedido médico indicando trauma prévio ou patologia degenerativa e nota fiscal	Reembolso único
Colar Cervical Philadelphia	Pedido médico indicando trauma prévio ou patologia degenerativa e nota fiscal	Reembolso único
Colar Cervical Minerva	Pedido médico indicando trauma prévio ou patologia degenerativa e nota fiscal	Reembolso único
Colchão D'água	Pedido médico com indicação de permanência prolongada no leito e nota fiscal	Três anos
Colchão para Cama Hospitalar – Espuma	Pedido médico com indicação de permanência prolongada no leito e nota fiscal	Três anos
Colchão caixa de ovo – espuma	Pedido médico com indicação de permanência prolongada no leito e nota fiscal	Um ano
Colchão caixa de ovo – PVC – água e ar	Pedido médico com indicação de permanência prolongada no leito e nota fiscal	Três anos
Colchão de ar – PVC	Pedido médico com indicação de permanência prolongada no leito e nota fiscal	Três anos
Colete Wilmington	Pedido médico de ortopedista e nota fiscal	Reembolso único
Colete Infra-axilar Bivalvado	Pedido médico de ortopedista ou neurologista e nota fiscal	Reembolso único
Colete Knight	Pedido médico de ortopedista ou neurologista e nota fiscal	Reembolso único
Colete Jewet	Pedido médico de ortopedista ou neurologista e nota fiscal	Reembolso único
Colete Milwaukee	Pedido médico de ortopedista ou neurologista indicando escoliose ou hipercifose postural e/ou estrutural; e nota fiscal	Reembolso único
Colete OTLS – órtese tóraco-lombo-sacra	Pedido médico indicando escoliose lombar leve e nota fiscal	Reembolso único

DESCRIÇÃO	CRITÉRIOS TÉCNICOS	PRAZO INTERVALAR
Colete Putti	Pedido médico indicando uma das patologias citadas e nota fiscal original	Reembolso único
Colete Taylor	Pedido médico indicando uma das patologias citadas e nota fiscal original	Reembolso único
Colete Williams	Pedido médico com indicação de hiperlordose e nota fiscal	Dois anos
Compressor Torácico	Pedido médico com indicação de uma das patologias citadas e nota fiscal	Reembolso único
Concentrador de Oxigênio	Pedido médico de pneumologista com justificativa e nota fiscal	Cinco anos
Espaldeira Simples	Pedido médico e nota fiscal	Reembolso único
Espaldeira em Oito	Pedido médico e nota fiscal	Reembolso único
Faixa Torácica	Pedido médico com indicação de trauma torácico e nota fiscal	Reembolso único
Fralda de Frejka	Pedido médico de pediatra ou ortopedista pediátrico e nota fiscal. Procede reembolso simultâneo de dois produtos por beneficiário	Seis meses
Imobilizador em Oito para Clavícula	Pedido médico indicando fratura ou luxação clavicular e nota fiscal	Reembolso único
Imobilizador de Joelho	Pedido médico de ortopedista indicando trauma, cirurgia ou artropatia e nota fiscal	Reembolso único
Imobilizador de Tornozelo	Pedido médico de ortopedista indicando lesão de tornozelo e nota fiscal	Reembolso único
Lente de contato - par	Receita de oftalmologista e nota fiscal	Dois anos
Lente Intraocular - Unitário	Lente lisa sem grau. Descrição cirúrgica de Facetomia com implante de LIO e nota fiscal. Não constar na fatura do prestador se este for conveniado	Conforme cirurgia
Liner para próteses ortopédicas	Pedido de ortopedista e nota fiscal. Será liberado sempre em conjunto com uma prótese	Cinco anos
Muleta Axilar (par) – PCD	Pedido médico com quadro clínico e nota fiscal	Três anos

DESCRIÇÃO	CRITÉRIOS TÉCNICOS	PRAZO INTERVALAR
Muleta Axilar (par) – uso intermitente	Pedido médico com quadro clínico e nota fiscal	Reembolso único
Óculos	Receita de oftalmologista e nota fiscal	Dois anos
Palmilha Ortopédica Adulto	Pedido médico de ortopedista e nota fiscal	Um ano
Palmilha Ortopédica Infantil	Pedido médico de ortopedista e nota fiscal	Seis meses
Palmilha para Esporão de Calcâneo	Pedido médico de ortopedista e nota fiscal	Dois anos
Prótese Desarticulação Nível do Quadril – Coxa, Joelho, Perna e Pé	Amputação ao nível do quadril. Pedido médico e nota fiscal	Cinco anos
Prótese Terço Médio Coxa – Joelho, Perna e Pé	Amputação ao nível da coxa. Pedido médico e nota fiscal	Cinco anos
Prótese Terço Médio Perna e Pé	Amputação ao nível do joelho. Pedido médico e nota fiscal	Cinco anos
Prótese Nível Tornozelo – Articulação e Pé	Amputação ao nível da perna. Pedido médico e nota fiscal	Três anos
Prótese Desarticulação ao Nível do Ombro – Articulação Escápulo Umeral, Braço, Articulação Cubital, Antebraço e Mão.	Amputação ao nível do ombro. Pedido médico e nota fiscal	Cinco anos
Prótese Cotovelo Articulado – Articulação Cubital, Antebraço e Mão.	Amputação ao nível do úmero. Pedido médico e nota fiscal	Cinco anos
Prótese Antebraço – Antebraço e Mão	Amputação ao nível do cotovelo ou antebraço. Pedido médico e nota fiscal	Cinco anos
Pótese de mão – Articulação do Punho e Mão	Amputação ao nível do punho. Pedido médico e nota fiscal	Cinco anos
Splint para Tração de Dedos – tala dinâmica	Pedido médico indicando deformidades ou lesões dos dedos das mãos e nota fiscal	Reembolso único
Suspensório de Pavlik	Pedido médico de pediatra ou ortopedista pediátrico e Nota fiscal. Procede reembolso simultâneo de dois produtos para um mesmo beneficiário	Seis meses
Tala para Punho	Pedido médico de ortopedista indicando patologia tendínea ou lesão de punho e nota fiscal	Reembolso único

DESCRIÇÃO	CRITÉRIOS TÉCNICOS	PRAZO INTERVALAR
Tala imobilizadora para Punho – em PVC	Pedido médico de ortopedista indicando trauma ou fratura de punho e nota fiscal	Reembolso único
Tala para Dedo em Martelo	Pedido médico de ortopedista indicando lesões do tendão extensor ou fratura de falange distal e nota fiscal	Reembolso único
Tipóia Estabilizadora Estofada - Velpeau	Pedido médico de ortopedista e nota fiscal	Reembolso único
Tutor Plástico para Fraturas de Úmero	Pedido médico de ortopedista e nota fiscal	Reembolso único

ATENÇÃO!

Órteses, Próteses ou Equipamentos não listados na tabela acima, não tem cobertura.

4.4.2 - BENEFÍCIO PARA COMPRA DE ÓCULOS OU LENTES DE CONTATO

COBERTURA

- Óculos (armação e/ou lente)
- Lentes de contato

PRAZO INTERVALAR E CRITÉRIOS PARA REEMBOLSO

- 2 (dois) anos a partir do mês do último reembolso;
- A qualquer tempo, quando houver variação de refração igual ou superior a 0,5 graus, nas seguintes condições:
 - Somente as lentes serão reembolsadas;
 - Caso o beneficiário opte por substituir os óculos por lentes de contato, será reembolsado o valor de tabela das lentes reembolsada anteriormente;
 - Caso o beneficiário opte por substituir as lentes de contato por óculos, haverá cobertura apenas as lentes, não cabendo reembolso de armação.

4.5 - IMUNIZAÇÃO E TRATAMENTO DESSENSIBILIZANTE

Benefício que provê cobertura parcial para vacinas e dessensibilizantes.

4.5.1 - COBERTURAS DO BENEFÍCIO IMUNIZAÇÃO

VACINA	NÚMERO DE DOSES	IDADE EM ANOS
Hepatite "A" Adulto	Uma	>18
Hepatite "A" Infantil	Uma	0 a 01
Hepatite "B" Adulto	Três	>18
Hepatite "B" Infantil	Quatro	0 a 18
Hexavalente - Haemophilus + Tétano + Coqueluche + Difteria + Poliomielite + Hepatite B	Três	0 a 01
Meningocócica ACWY - Quadrivalente	Cinco	0 a 12
Pentavalente - Haemophilus + Tétano + Coqueluche + Difteria + Poliomielite	Três	0 a 02
Pneumocócica 13	Uma	>06
Pneumocócica 23	Duas	>06
Tétano - Adulto	Dez	>18
Tetra Viral - Sarampo + Caxumba + Rubéola + Varicela	Uma	01 a 02
Tetralente Bacteriana - Difteria + Haemophilus + Tétano + Coqueluche	Uma	04 a 18
Tríplice Bacteriana Adulto - Tétano + Difteria + Coqueluche	Quatro	>10
Tríplice Bacteriana Infantil - Tétano + Difteria + Coqueluche	Duas	02 a 06
Tríplice Viral Adulto - Sarampo + Caxumba + Rubéola	Duas	>18
Tríplice Viral Infantil - Sarampo + Caxumba + Rubéola	Três	01 a 18
Varicela	Duas	02 a 04

Para cobertura das vacinas listadas acima, é imprescindível a apresentação de cópia da Carteira Nacional de Vacinação.

Vacinas não listadas na tabela acima NÃO TEM COBERTURA.

4.5.2 - DESSENSIBILIZANTES

Agente capaz de induzir ou reduzir a sensibilidade a uma determinada substância. Os tratamentos com substâncias dessensibilizantes são cobertos para doenças alérgicas comprovadas por relatório médico de especialista e resultado positivo de exames para detecção de alergias.

A cobertura está condicionada a apresentação de laudo médico datado contendo a descrição da patologia, período previsto de tratamento, esquema de aplicações (série e doses).

Prazo intervalar de 60 meses para novo tratamento, contados a partir da data do último reembolso.

4.6 - MATERIAL PARA AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR E APLICAÇÃO DE INSULINA

Estão cobertos apenas os seguintes materiais descartáveis para controle glicêmico: fitas medidoras de glicose e lancetas, agulhas tamanho 13 x 4 ou similar para aplicação de insulina. Para acessar este benefício, deve ser atestado por um endocrinologista uma das seguintes patologias listadas na CID 10:

- E10 - Diabetes mellitus insulino-dependente;
- E11 - Diabetes mellitus não-insulino-dependente;
- E12 - Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição;
- E13 - Outros tipos especificados de diabetes mellitus;
- E14 - Diabetes mellitus não especificado;
- O24 - Diabetes mellitus na gravidez.

São cobertas até três tiras e três lancetas descartáveis por dia por beneficiário.

São cobertas até quatro agulhas por dia por beneficiário que comprovadamente esteja utilizando insulina para controle do diabetes.

A cobertura é de até 100% do valor da despesa apresentada em nota fiscal de aquisição.

Não estão cobertos os aparelhos ou equipamentos para aferição da glicemia!

4.7 - MATERIAL DE USO EXCLUSIVO PCD

PCD: Pessoa com deficiência conforme Lei nº 13.146/2015.

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

ESTÃO COBERTOS MATERIAIS DESCARTÁVEIS UTILIZADOS POR PORTADORES DAS SEGUINTE PATOLOGIAS:

- G80 - Paralisia cerebral
- G81 - Hemiplegia
- G82 - Paraplegia e tetraplegia
- G83 - Outras síndromes paralíticas

SÃO COBERTOS EXCLUSIVAMENTE OS SEGUINTE MATERIAIS:

- Sonda uretral descartável;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Compressas de gaze;
- Gel lubrificante anestésico;
- Bolsa coletora de urina;
- Protetor cutâneo loção oleosa à base de Ácidos Graxos Essenciais

A cobertura é de até 100% do valor da despesa apresentada em nota fiscal de aquisição.

EXCLUSÕES

- Material de higiene pessoal: fralda, absorvente, haste flexível (tipo cotonete), escova dental, creme dental, fio dental, sabonete e outros produtos destinados à higiene pessoal;
- Cosmético: gel ou loção hidratante, filtro solar e lubrificante;
- Cicatrizantes;
- Antissépticos;
- Solução fisiológica e/ou outras soluções salinas;
- Enemas;
- Curativos em geral;
- Material adquirido fora do território nacional brasileiro.

4.8 - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Avaliações, consultas ou sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e enfermagem em regime domiciliar nos casos agudos e/ou crônicos.

CONDIÇÕES COBERTAS

Beneficiário com restrição de mobilidade, por patologia congênita ou adquirida comprovada por laudo médico, exames complementares e, quando necessário, avaliação pericial de médico indicado pela ITAIPU e do Serviço Social, a pedido da supervisão médica da Divisão de Benefícios – RHGB.AD.

ATENÇÃO!

Para ter cobertura a assistência domiciliar, é necessário enviar pedido médico com descrição da patologia e condição clínica à Divisão de Benefícios.

O tempo de tratamento será definido pela Supervisão médica da Divisão de Benefícios da Margem Esquerda, conforme documentos apresentados pelo beneficiário.

EXCLUSÕES

- Assistência domiciliar a pedido da família do beneficiário, ou seja, sem solicitação e justificativa médica;
- Justificativa médica para conforto do paciente;
- Assistente Terapêutico;
- Cuidador de idosos;
- Qualquer assistência domiciliar de profissional não contemplado neste Regulamento.

4.9 - INTERNAÇÃO DOMICILIAR

É considerada Internação Domiciliar o atendimento em domicílio, realizado quando o paciente apresenta estado de saúde que necessita de cuidados complexos e específicos, tais como os que são ofertados em ambiente hospitalar, e que só podem ser administrados por profissionais de saúde com formação e atribuições previstas em regulamentação específica emitida por Conselho de Classe.

Deve obrigatoriamente ser requisitada pelo médico que está prestando assistência ao paciente em regime de internação hospitalar.

COBERTURAS

PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE	
Visita Médica	Quinzenal	Uma visita a cada 15 dias
Acompanhamento de Enfermagem	Quinzenal	Uma visita a cada 15 dias
Assistência de Enfermagem (técnico)	Diário	Todos os dias, pelo período determinado pela supervisão médica da RHGB.AD
Fisioterapia	Semanal	Três vezes por semana
Fonoaudiologia	Semanal	Três vezes por semana

EQUIPAMENTO
Cama Hospitalar – controles manuais
Cadeira de Rodas
Cadeira de Banho
Respirador
Aspirador
Monitor Cardíaco
Oxímetro de Pulso
Concentrador de Oxigênio
Cilindro de Oxigênio

MATERIAIS
Cânula de Traqueostomia
Extensão para Oxigênio
Máscara de Oxigênio
Sonda de Aspiração Traqueal
Sonda Enteral
Sonda Nasogástrica
Sonda de Gastrostomia
Sonda de Foley
Sonda Uretral
Coletor de Urina
Frasco para Dieta Enteral
Equipo para Dieta Enteral Gravitacional
Dietas administradas por via enteral
Bolsa de Colostomia
Bolsa de Urostomia
Placa Protetora de Pele - Ostomias

EXCLUSÕES

- Internação domiciliar a pedido da família do beneficiário, ou seja, sem solicitação e justificativa médica;
- Justificativa médica para conforto do paciente;
- Internação em regime domiciliar sem autorização prévia;
- Alimentos ou suplementos nutricionais;
- Nutrição parenteral;
- Objetos de uso pessoal e de higiene (roupas de cama e banho do paciente, roupa permanente ou descartável para o paciente ou equipe de saúde);
- Equipamento de Proteção Individual - EPI - descartável ou não;
- Medicamento de uso contínuo;
- Equipamento (Guincho ou Guindaste) para transferência de pessoas com comprometimento de mobilidade;
- Comadre ou papagaio;
- Nebulizador;
- Glicosímetro – Equipamento para aferição de glicemia capilar;
- Termômetro;
- Fraldas descartáveis (infantis ou geriátricas);
- Cuidador de idosos;
- Assistente terapêutico;
- Manutenção dos aparelhos relativos a gases medicinais (oxigênio).

ATENÇÃO!

Se o paciente em internação domiciliar for hospitalizado, a cobertura do atendimento domiciliar é interrompida. Na ocasião da alta hospitalar, nova solicitação de internamento domiciliar deve ser feita, se o médico assistente julgar necessário.

4.10 - REMOÇÃO AEROMÉDICA

É o traslado de um paciente de um serviço hospitalar de menor recurso para um centro que ofereça atendimento de alta complexidade, por meio de aeronave: avião ou helicóptero.

Está coberta em situações em que haja risco de morte ou de sequelas permanentes. A cobertura se limita ao território nacional brasileiro.

4.11 - ENCAMINHAMENTO MÉDICO EXTERNO

Benefício para o atendimento médico e hospitalar em outras localidades para empregados ativos, quando constatada a insuficiência de rede credenciada nas Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu e de Cascavel.





5 - REEMBOLSO

O reembolso é a alternativa oferecida ao beneficiário que prevê a livre escolha de serviços em saúde. Entretanto, cabe ressaltar que essa modalidade segue as mesmas regras utilizadas para o convênio. Desse modo, os procedimentos realizados em caráter particular não têm garantia de reembolso integral.

5.1 - REGRAS DE REEMBOLSO

Para a solicitação de reembolso junto ao plano de saúde devem ser seguidas as diretrizes elencadas a seguir:

- O pedido de reembolso deve ser solicitado em até 90 (NOVENTA) dias contados a partir da data de realização do procedimento ou aquisição do produto.
- Considera-se como data de recebimento da solicitação aquela em que é recebida na RHGB.AD toda a documentação necessária para comprovação das despesas cobertas.
- O pagamento dos valores reembolsados será creditado em folha de pagamento para empregados ativos e em folha de suplementação da FIBRA para assistidos.
- As solicitações entregues até o último dia do mês corrente serão processadas e creditadas no mês seguinte, conforme calendário de pagamento do salário ou da suplementação.
- Solicitações de reembolso com documentação insuficiente, documentos rasurados, ilegíveis, incompletos (ausência de informações) ou com itens não autorizados ou não autorizados, não serão pagos.
- Quando realizar procedimentos, cujo parte das despesas forem custeadas de forma particular e parte via Rede Credenciada, Reciprocidade ou Operadora Contratada, será necessário que a Itaipu receba a fatura do prestador de serviço, para que após isso realize a conciliação, análise de cobertura e processamento do reembolso. A conclusão desse processo pode levar até 180 dias.

5.2 - FORMA DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

5.2.1 - REEMBOLSO PAMHO

Solicitar via <https://novowebplan.itaipu.gov.br/> ou App Itaipu PAMHO - [Acesse o tutorial de solicitação de reembolso.](#)



DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- Prestador - Pessoa Física: nota fiscal ou recibo do profissional contendo nome completo, assinatura, número do registro no respectivo conselho regional e número do Cadastro de Pessoa Física - CPF.
- Prestador - Pessoa Jurídica: nota fiscal de serviços, contendo número de registro no CNPJ, nome do paciente, descrição do atendimento ou serviço prestado e especialidade, data ou período da prestação do serviço,

data do documento. Em ambos os casos deverá ser discriminado cada procedimento ou atendimento, número de atendimentos realizados, pedido médico, o valor do procedimento, data (s) do(s) procedimento (s) - quando diferente da data da emissão do documento fiscal, carimbo legível e assinatura do profissional.

- No caso de contas hospitalares, o beneficiário deverá encaminhar à ITAIPU laudo médico com indicação da intervenção, diagnóstico da enfermidade, contendo carimbo legível e assinatura do médico. Deverá ainda ser encaminhado o descritivo detalhado da fatura contendo todas as despesas realizadas e preços unitários, bem como relatório justificando os casos de urgência e emergência, quando se aplicar.

5.2.2 - REEMBOLSO DE VACINAS

Solicitar via <https://novowebplan.itaipu.gov.br/> ou App Itaipu PAMHO - [Acesse o tutorial de solicitação de reembolso.](#)



DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- Pedido Médico ou cópia da Carteira de Vacinação com informação do lote da vacina e data de aplicação.
- Nota fiscal de venda, com valores individualizados para cada tipo de vacina administrada.

5.2.3 - REEMBOLSO DE LENTES E ARMAÇÃO

Solicitar via <https://novowebplan.itaipu.gov.br/> ou App Itaipu PAMHO - [Acesse o tutorial de solicitação de reembolso.](#)



DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- Receita de oftalmologista.
 - Nota fiscal de venda, dos valores pagos para armação e lentes.
- [Acesse aqui a tabela de reembolso.](#)

5.2.4 - REEMBOLSO DE MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO

Solicitar pelo e-mail medicamento@itaipu.gov.br.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- Nota Fiscal ou Cupom Fiscal de aquisição
- Formulário de Solicitação de Pedido de Reembolso de Medicamento de Uso Contínuo ([CLIQUE AQUI](#)) preenchido em nome do titular, indicando o usuário no campo observações.



O GUIA DO BENEFICIÁRIO PODE SER ALTERADO CONFORME NORMAS E PROCEDIMENTOS VIGENTES. FIQUE ATENTO ÀS ATUALIZAÇÕES.
ÚLTIMA VERSÃO: 03/2023.



