


ANS - nº 324477

Protocolo Geral

324477

Protocolo Nº

Processo Nº

Solicitação de Auxílio para Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

Associado / Beneficiário

Matrícula / dependente

Atenção: O aparelho para fornecimento de oxigenoterapia domiciliar prolongada será instalado, pela empresa prestadora de serviços, no endereço do beneficiário que estiver cadastrado no sistema da CAPESESP.

Condições Regulamentares do Benefício

Este benefício, de caráter assistencial, não faz parte da cobertura regulamentar obrigatória do plano de saúde, sendo fornecido, sob a forma de auxílio, por mera liberalidade, desde que observadas as seguintes condições regulamentares:

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

- Inexistência de débitos de qualquer natureza de responsabilidade do titular do plano, referentes a si ou qualquer membro do seu grupo familiar, no momento da inscrição e/ou da renovação do benefício;
 - Dados cadastrais completos e devidamente atualizados, inclusive inscrição no CPF;
 - Inscrição do beneficiário, há pelo menos 6 (seis) meses, em um dos seguintes produtos registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: 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 1 - Reg. ANS: 470311131; Assistência Superior 2 - Reg. ANS: 433386001; Assistência Superior 3 - Reg. ANS: 433388008; Assistência Superior 4 - Reg. ANS: 449372049; Assistência Executiva 1 - Reg. ANS: 470.312130; Assistência Referencial - Reg. ANS: 456558074; Assistência Referencial Superior - Reg. ANS: 456557076;
 - Enquadramento do beneficiário dentre as condições de elegibilidade para o auxílio, previstas no item 2 deste Regulamento;
 - Apresentação de toda documentação necessária para análise e autorização do pedido, prevista no item 3.
2. São elegíveis para concessão desse auxílio os beneficiários que atendam às condições previstas no item 1 e sejam portadores de insuficiência respiratória crônica, desde que preencham os critérios de inclusão no benefício e que não se enquadrem em uma das situações de exclusão, ambos constantes da declaração médica fornecida pelo médico-assistente.
3. Os documentos necessários para análise do pedido são: a) Formulário "Solicitação de Auxílio para Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada", devidamente preenchido e assinado pelo titular e pelo beneficiário; b) Declaração médica preenchida, assinada e carimbada pelo médico responsável pelo beneficiário e que vem acompanhando a doença; c) Cópia dos resultados de exames exigidos para inclusão no benefício, listados na declaração médica.
4. A CAPESESP reserva-se o direito de solicitar cópias de exames complementares relacionados às patologias cobertas pelo Auxílio para Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada, bem como documentos adicionais de outra natureza necessários à obtenção do benefício.
5. A cobertura do benefício limita-se às seguintes despesas pagas pela CAPESESP diretamente aos seus fornecedores aluguel mensal do concentrador de oxigênio (aparelho elétrico que concentra oxigênio a partir do ar ambiente) e do cilindro de oxigênio reserva e seus acessórios (regulador e carrinho).
6. Será disponibilizada - uma única vez, no ato da instalação - os seguintes produtos: a) 1 (uma) cânula nasal siliconada; b) 1 (um) umidificador; c) 1 (uma) carga de oxigênio para o cilindro reserva.
7. A CAPESESP cobrirá exclusivamente a carga de oxigênio disponibilizada no ato da entrega dos produtos. A negociação de carga extra ou qualquer outro produto não relacionado deverá ser feito diretamente entre o associado e o fornecedor, ficando a CAPESESP isenta de qualquer pagamento ou responsabilidade oriunda da negociação.

- Caberá à CAPESESP o pagamento integral do aluguel e aquisição dos produtos relacionados nos itens 5 e 6, diretamente ao prestador de sua rede de serviços, sendo que o associado titular, desde já, autoriza o desconto mensal do correspondente a 30 % deste valor, a título de coparticipação financeira, diretamente da folha de pagamento de remuneração ou de complementação. Ocorrendo qualquer fato que impossibilite o desconto em folha, fica o associado titular obrigado a efetuar o pagamento através de boleto bancário, na Gerência Regional de seu estado ou através de depósito em favor da CAPESESP, sob pena de suspensão automática do benefício em caso de não pagamento.
- A contratação da empresa fornecedora do equipamento será feita pela CAPESESP somente quando disponível a prestação do serviço no município de moradia do beneficiário, após pesquisa de preços na região, e desde que as condições de moradia do beneficiário permitam a instalação do aparelho.
- Excluem-se de cobertura deste benefício o fornecimento de oxigenoterapia domiciliar de outra forma que não a disponibilizada através do uso de concentradores de oxigênio, independentemente de indicação médica.
- Caberá ao beneficiário a responsabilidade sobre todas as despesas com o funcionamento do equipamento, tais como o fornecimento de energia elétrica e sua manutenção (troca de cateteres, umidificador, dentre outros).
- O associado titular, desde já, compromete-se a comunicar de imediato, à CAPESESP, a cessação da necessidade do uso de equipamento pelo beneficiário, por qualquer motivo, para que seja providenciado o cancelamento do aluguel. O descumprimento desta cláusula implicará no desconto integral das despesas mensais indevidas na folha de pagamento de remuneração ou de complementação do titular.
- O associado titular declara ter pleno conhecimento de que este benefício poderá ser suspenso a qualquer tempo, principalmente considerando que o fornecimento de oxigênio através de concentrador encontra-se previsto nos procedimentos cobertos pelo Sistema Único de Saúde (D.O.U. Portaria no. 19, pág. 28, SIA/SUS, de 28/01/99).
- Nas situações que resultarem em desligamento do beneficiário do CAPESAÚDE, será descontado do titular integralmente o valor despendido com o aluguel do equipamento até o mês em curso.
- O associado titular declara ter pleno conhecimento das condições regulamentares para a concessão do benefício.
- O associado está ciente de que o não cumprimento das disposições contidas neste Regulamento implica no indeferimento do seu pedido.
- O associado tem pleno conhecimento de que a constatação de documentação falsa ou adulterada acarretará as sanções previstas em Lei.
- Autorizo a utilização dos dados pessoais e informações sobre saúde, com a finalidade de gerar dados para estudos e pesquisas científicas, visando a promover ações e projetos para melhorias práticas e preventivas pela CAPESESP no âmbito do atendimento à saúde suplementar. Esta autorização pode ser revogada a qualquer tempo, por simples requerimento à CAPESESP.

Local

Data

Assinatura do beneficiário

Assinatura do titular se diferente do beneficiário

Reservado à CAPESESP

 DEFERIDO

 INDEFERIDO

OBS:

Local

Data

Assinatura