


ANS - nº 324477

Protocolo Geral 324477		
Processo Nº	Período	Protocolo

Solicitação de Auxílio Medicamento de Uso Contínuo

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

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 este benefício:

a) 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;

b) Dados cadastrais completos e devidamente atualizados, incluindo-se número de telefone celular ativo e inscrição no CPF;

c) Inscrição do beneficiário há pelo menos 6 (seis) meses em um dos produtos registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, listados no verso deste formulário.

d) Enquadramento do beneficiário nas condições de elegibilidade para o auxílio, previstas no item 2 deste Regulamento;

e) 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 desse benefício os portadores de uma ou mais das doenças listadas no verso deste formulário, que façam uso contínuo de medicação pelo período mínimo de 6 (seis) meses.

3. Os documentos necessários para análise do pedido estão listados no verso deste formulário.

4. A CAPESESP reserva-se o direito de solicitar cópias de exames complementares relacionados às patologias cobertas 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 pela CAPESESP, através de seus fornecedores, de medicamentos, pertencentes exclusivamente à LISTA DE MEDICAMENTOS CAPESESP, prioritariamente genéricos, utilizados no tratamento das doenças de evolução crônica listadas no verso deste formulário, enviados exclusivamente para o endereço cadastrado.

5.1 A LISTA DE MEDICAMENTOS CAPESESP é restrita e consta do verso da declaração médica preenchida, assinada e carimbada pelo médico responsável pelo beneficiário, sendo esta constituída pelos princípios ativos dos produtos farmacêuticos e respectivas concentrações;

5.2 Havendo disponibilidade de medicamento genérico para o princípio ativo coberto, serão fornecidos prioritariamente os mesmos em substituição ao produto de marca, sempre que possível e de acordo com a Lei 9.787, de 10/02/99, regulamentada através do Decreto nº 3181 de 23/09/99;

5.3 A LISTA DE MEDICAMENTOS CAPESESP poderá ser alterada a qualquer tempo, por exclusivo critério da CAPESESP, passando a valer automaticamente em todas as concessões após 30 (trinta) dias de sua divulgação por qualquer meio.

6. Haverá sempre coparticipação financeira na aquisição dos medicamentos, calculada conforme a regra abaixo:

• Medicamento genérico – 10% (dez por cento);

• Demais medicamentos – 30% (trinta por cento).

6.1 O valor referente à coparticipação na aquisição dos medicamentos será parcelado conforme as seguintes regras:

a) O valor da coparticipação será parcelado, a critério da CAPESESP, sempre no maior número de parcelas mensais e de igual valor, limitadas a 6 (seis), 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.

6.2 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.

6.3 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.

7. O titular autoriza o envio dos medicamentos a serem fornecidos conforme as normas do Programa, responsabilizando-se pela respectiva coparticipação financeira.

8. A validação da remessa será facultada ao titular, por meio de acesso ao site da CAPESESP, onde serão informados os medicamentos a serem fornecidos, sua eventual disponibilidade no Programa Saúde Não Tem Preço/Farmácia Popular do Brasil e a respectiva coparticipação de sua responsabilidade, ocasião em que poderá optar pelo não recebimento de parte ou de todos os itens.

9. A LISTA DE MEDICAMENTOS CAPESESP, disposta no verso da Declaração Médica, contém uma sinalização* referente aos produtos que pertencem ao Programa Saúde Não Tem Preço/Farmácia Popular do Brasil;

9.1 A CAPESESP comunicará ao titular por mensagem de SMS (torpedo), a respeito da disponibilidade de informações sobre a remessa para sua validação.

9.2 Se após 3 (três) dias corridos do comunicado não houver a validação por parte do titular, a CAPESESP acatará o pedido de forma integral, concluindo o processo de compra e envio das medicações.

10. Incumbe ao titular informar um número de telefone celular para recebimento do comunicado por meio de SMS.

11. Se durante o tratamento houver a necessidade de alteração do medicamento enviado pela CAPESESP, o médico responsável pelo beneficiário deverá fazer um relatório justificando a mudança e emitir uma nova receita médica. A justificativa médica, a nova receita e o medicamento não utilizado deverão ser entregues à CAPESESP, para que seja providenciada a substituição.

12. Medicamentos devolvidos em função do disposto no item deverão apresentar as condições exigidas no verso deste formulário.

13. Enquanto durar a concessão dos remédios de uso continuado para doenças crônicas, os beneficiários inscritos não poderão utilizar o sistema de reembolso-medicamento, devido para titulares e dependentes naturais, para os produtos fornecidos pelo Auxílio-Medicamento de Uso Contínuo.

14. Antes de completados os 6 (seis) meses de vigência do benefício, a CAPESESP enviará os documentos exigidos para renovação, quando será reavaliada a manutenção ou não do beneficiário no Programa.

15. 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 semestre em curso.

16. 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.

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.

De acordo, em ____/____/____.

Assinatura do Titular

Assinatura do Dependente (se diferente do Titular)

Informações complementares ao Regulamento

CONDIÇÃO DE ACESSO AO BENEFÍCIO (ITEM 1 - C)

- Para ter direito ao Auxílio-Medicamento de Uso Contínuo é necessário estar inscrito em um dos seguintes produtos registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: Assistência Básica I - Reg. ANS: 470.313138; Assistência Básica II - Reg. ANS: 475.061/15-6; Capesaúde Essencial Nacional - Reg. ANS: 479447/17-8; Capesaúde Essencial Nacional Coparticipativo - Reg. ANS 479.954/18-2; Assistência Superior I - Reg. ANS: 470311131; Assistência Básica 2 - Reg. ANS: 433385003; Assistência Básica 3 - Reg. ANS: 433387000; Assistência Básica 4 - Reg. ANS: 449371041; 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; Capesaúde Família Referencial 100 - Reg. ANS: 479.510/17-5; Capesaúde Família Ambulatorial - Reg ANS: 479.566/17-1.

PATOLOGIAS COBERTAS PELO AMUC (ITEM 2)

- O benefício é concedido para as seguintes patologias de curso crônico que façam uso de medicação por um período mínimo de 6 meses:
 - Insuficiência coronariana (infarto, angina);
 - Asma brônquica (bronquite asmática);
 - Insuficiência cardíaca congestiva;
 - Acidente vascular cerebral (derrame);
 - Diabetes mellitus;
 - Enfisema pulmonar (DPOC);
 - Hipertensão arterial sistêmica (pressão alta);
 - Hipertireoidismo e hipotireoidismo.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO (ITEM 3)

1. Formulário "Solicitação de Auxílio Medicamento de Uso Contínuo", devidamente preenchido e assinado pelo titular e pelo beneficiário;
2. Declaração médica preenchida, assinada e carimbada pelo médico responsável pelo beneficiário, sendo necessária, também, a assinatura do titular;
3. Receita médica original, em papel timbrado do médico ou do estabelecimento onde a consulta foi realizada, devendo constar o nome do paciente, nome dos medicamentos com apresentação e dose, assinatura e carimbo com o número do CRM do médico.

CONDIÇÕES PARA DEVOLUÇÃO DOS MEDICAMENTOS (ITEM 12)

- Medicamentos em condição de reutilização.
- Embalagem íntegra (não serão aceitas embalagens danificadas, violadas ou com qualquer outra condição que impossibilite o uso da medicação).

Obs.1: A devolução parcial ou integral só poderá ser feita em até 06 (seis) meses após o recebimento da medicação. Passado este prazo, não será mais possível a devolução.

Obs.2: O frete relativo aos produtos devolvidos será de responsabilidade do titular.