PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SAÚDE CAIXA - ACT 2022/2024 E ADITIVO AO ACT 2024/2025 - CONDIÇÕES GERAIS

SUMÁRIO DA NORMA

1 FINALIDADE,5
2 DEFINIÇÕES,5
3 REGRAS,5
3.1 DISPOSIÇÕES GERAIS,5
3.2 INSCRIÇÃO DE TITULARES E DEPENDENTES,6
3.3 FORMATO DE CUSTEIO,6
3.3.10 CONTRIBUIÇÃO MENSAL DOS TITULARES NAS DESPESAS ASSISTENCIAIS E ADMINISTRATIVAS,6
3.3.10.7 MENSALIDADE,7
3.3.10.8 PARTICIPAÇÃO,9
3.3.10.8.3 COPARTICIPAÇÃO,9
3.3.10.8.4 PARTICIPAÇÃO INTEGRAL,10
3.3.10.8.5 PARTICIPAÇÃO DEPENDENTE RESTRITO,10
3.4 RB DO TITULAR,10
3.5 SALDO DEVEDOR,11
3.5.1 INADIMPLÊNCIA,11
3.5.2 ÓBITO DO TITULAR,11
3.5.3 AFASTAMENTO OU DESLIGAMENTO DO EMPREGADO,12
3.5.4 COBRANÇA DE SALDO DEVEDOR,12
3.5.5 LANÇAMENTO DE VALOR A PREJUÍZO,12
3.6 COMPROVANTE PARA O IMPOSTO DE RENDA,12
3.7 PROCEDIMENTOS SEM COBERTURA PELO SAÚDE CAIXA,12
3.8 CARÊNCIA,13
3.9 AUTORIZAÇÃO PRÉVIA,14
3.10 AVALIAÇÃO POR AMOSTRAGEM,14
3.11 DIVERGÊNCIA TÉCNICO-ASSISTENCIAL,14
3.12 ESCOLHA DIRIGIDA,14
3.13 LIVRE ESCOLHA,15
3.14 INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR CREDENCIADO,16
3.15 ATENDIMENTO SAÚDE CAIXA,17
3.16 RESPONSÁVEL FINANCEIRO NO SAÚDE CAIXA,18
3.17 USO INDEVIDO,18
3.18 ARQUIVO DO SAÚDE CAIXA,18
3.19 CONSELHO DE USUÁRIOS DO SAÚDE CAIXA,18
3.20 CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA,19
3.21 RESPONSABILIDADES PELO SAÚDE CAIXA,19
3.21.1 CAIXA,19
3.21.2 GESAD,19
3.21.3 CESAD,20
3.21.4 CESAD – CENTRAL DE ATENDIMENTO,20
3.21.5 BENEFICIÁRIO DO SAÚDE CAIXA,20
3.21.6 CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA,20
3.21.7 MEMBROS DO CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA,21
3.21.8 CONSELHO DE USUÁRIOS DO SAÚDE CAIXA,21
4 PROCEDIMENTOS,21
4.1 CONTRIBUIÇÃO MENSAL,21
4.1.1 BENEFICIÁRIO,21

4.1.2 CESAD,22
4.2 AUTORIZAÇÃO PRÉVIA,22
4.2.1 BENEFICIÁRIO,22
4.2.2 DENTISTA CAIXA,22
4.3 ESCOLHA DIRIGIDA,22
4.3.1 BENEFICIÁRIO,22
4.4 LIVRE ESCOLHA,23
4.4.1 BENEFICIÁRIO,23
4.4.2 CESAD,24
4.5 INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR CREDENCIADO,24
4.5.1 BENEFICIÁRIO,24
4.5.2 CESAD,24
4.6 PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS E TRIBUTÁRIOS,24
4.6.1 PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS MANUAIS,24
4.6.1.1 CECOB,24
4.6.2 PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS AUTOMÁTICOS,24
4.6.2.1 LANÇAMENTOS CONTÁBEIS GERADOS PELO SIAGS – OL 3185074,24
4.6.2.2 LANÇAMENTOS CONTÁBEIS GERADOS PELO SISRH – OL 0006006,25
5 ARQUIVAMENTO DE DOCUMENTOS,25
6 ANEXOS,25

PREFÁCIO

TÍTULO

PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SAÚDE CAIXA - ACT 2022/2024 E ADITIVO AO ACT 2024/2025 - CONDIÇÕES GERAIS

UNIDADE RESPONSÁVEL

GESAD – GN SAUDE CAIXA

PÚBLICO ALVO

Toda as unidades da CAIXA

ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO À VERSÃO ANTERIOR

Alterações:

Item 3.3.10.7.1 – Trata da cobrança de mensalidade. Adequação do texto ao ACT para melhor entendimento da norma.

Item 4.4.1.1 – Primeiro Marcador do Item “b” – Trata dos documentos fiscais. Alteração da redação para adequação à regra da Receita Federal do Brasil - RFB.

Item 4.4.1.1 – Alteração do marcador 2 ao Item “b” – Trata do recibo emitido por nutricionista pessoa física. Alteração para esclarecer que o nutricionista continua apto a emitir o recibo na modalidade comum, pois não foi enquadrado na regra da Receita Federal do Brasil - RFB.

Inclusões:

Item 3.1.1.1 – Inclusão de regra considerando que o normativo regulamenta questões tratadas na legislação por meio de Acordo coletivo de Trabalho – ACT.

Item 3.13.1.5.3 – Trata da forma de reembolso para os pagamentos parcelados relativos a uma mesma prestação de serviço. O novo modelo de Recibo Saúde da Receita Federal do Brasil - RFB permite pagamento parcelado e o reembolso será relacionado ao valor total da prestação de serviço.

Item 4.4.1.1 – Inclusão dos marcadores 11 a 16 ao Item “b” – Trata do recibo Receita Saúde. Inclusão dos itens para adequação da norma à regra da Receita Federal do Brasil - RFB.

RELAÇÃO COM OUTROS NORMATIVOS

AD242 GESTÃO DE CONTRATOS ADMINISTRATIVOS E ATAS DE REGISTRO DE PREÇOS

AE079 APURAÇÃO E JULGAMENTO DE RESPONSABILIDADE DISCIPLINAR E CIVIL

AL028 REGIME DE ALÇADAS - ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE

CR252 SISRH - REGISTRO, CONTROLE E ACOMPANHAMENTO CONTÁBIL DAS ROTINAS DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAS

CR269 SIAGS - REGISTRO, CONTROLE E ACOMPANHAMENTO CONTÁBIL

RH001 BENEFÍCIOS

RH042 PAMS - CONDIÇÕES GERAIS

RH049 CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS E ENTIDADES PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

RH053 REGULAMENTO DE PESSOAL

RH181 LIBERAÇÕES CAIXA

RH209 PAGAMENTO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS AOS ASSISTIDOS ORIUNDOS DA PREVHAB

RH213 MODELO DE ATUAÇÃO DA UNIVERSIDADE CAIXA

RH221 PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SAÚDE CAIXA - ACT 2022/2024 E ADITIVO AO ACT 2024/2025 - BENEFICIÁRIOS

RH223 PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SAÚDE CAIXA - ACT 2022/2024 E ADITIVO AO ACT 2024/2025 - ASSISTÊNCIAS

PRODUTOS RELACIONADOS

Não se aplica

PROCESSOS RELACIONADOS

Não se aplica

REGULAMENTAÇÃO UTILIZADA

Decreto nº 2.346, de 10/10/1997

Instrução Normativa ANS nº 26, de 30/08/2022

Instrução Normativa RFB nº 2.240, de 11/12/22024

Lei nº 9.656, de 03/06/1998

Resolução do Conselho Diretor CAIXA nº 919, de 02/06/2004

Resolução do Conselho de Administração CAIXA n° 723, de 09/11/2021

Resolução Normativa ANS nº 557, de 14/12/2022

Resolução Normativa ANS nº 566, de 29/12/2022

Resolução Normativa ANS nº 368, de 06/01/2015

DOCUMENTAÇÃO UTILIZADA

Acordo Coletivo de Trabalho 2022/2024

Aditivo ao Acordo Coletivo de Trabalho 2024/2025

Ata de Reunião nº 343, de 20/07/1977 – Criação do PAMS

ROTEIRO PADRÃO

37678

NORMATIVOS REVOGADOS

Não se aplica

ATENDIMENTO DE DÚVIDAS

GESAD – GN SAUDE CAIXA

PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SAÚDE CAIXA - ACT 2022/2024 E ADITIVO AO ACT 2024/2025 - CONDIÇÕES GERAIS

1 FINALIDADE

1.1 Definir as regras do plano de assistência à saúde para empregados e aposentados da CAIXA, em conformidade com o ACT 2022/2024 e aditivo ao ACT 2024/2025.

2 DEFINIÇÕES

2.1 Disponível em http://dados.caixa/portal/glossario?norma=RH222.

3 REGRAS

3.1 DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1.1 Este manual define as diretrizes gerais do Plano de Assistência à Saúde – Saúde CAIXA - ACT 2022/2024 e Aditivo ao ACT 2024/2025, cujas coberturas e condições específicas estão previstas nos [MN, RH221], [MN, RH223] e [MN, RH049].

3.1.1.1 As disposições que regulamentam ou repetem direitos previstos na legislação ou regulamentação permanecerão válidas e eficazes enquanto perdurar a vigência da respectiva norma de origem.

3.1.2 A CAIXA é registrada na ANS como operadora de plano de saúde, sob o número 31.292-4, classificada como autogestão administrada pela área de gestão de pessoas.

3.1.3 O Saúde CAIXA é classificado na ANS como um plano de saúde coletivo por adesão e possui as seguintes características:

- abrangência geográfica nacional;
- segmentação Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia + Odontológico;
- adaptado à Lei 9.656/98.

3.1.4 O Saúde CAIXA oferece cobertura de atendimento aos seus beneficiários nas assistências médica, cirúrgica, hospitalar, psiquiátrica, geriátrica, fisioterápica, nutricional, apoio paramédico domiciliar, internação domiciliar, e odontológica, psicológica, fonoaudiológica, serviço social, terapia ocupacional e à pessoa com deficiência, desde que cumpridas as condições a seguir:

- enquadramento no ROL ANS e/ou na Tabela TUSSCAIXA;
- atendimento às DUT ANS e/ou DUT Saúde CAIXA;
- atendimento às regras previstas nos normativos do Saúde CAIXA;
- solicitação do profissional de saúde assistente, com vigência de, no máximo, 30 dias a contar da data da emissão.

3.1.5 São custeados somente procedimentos previstos na Tabela TUSSCAIXA, disponível no AutoSC *link* Tabela de Procedimentos.

3.1.6 Na Tabela TUSSCAIXA estão previstas as quantidades máximas, limites de idade e os prazos intervalares para os procedimentos custeados pelo Saúde CAIXA.

3.1.6.1.1 O limite de quantidades e/ou prazos intervalares são estendidos, a critério da CAIXA, desde que com quantidades e/ou prazos pré-estabelecidos, mediante a solicitação de autorização prévia contendo o relatório do profissional de saúde assistente e após análise da justificativa técnica pelo profissional de saúde da CAIXA ou por ela designado.

3.1.7 Todos os procedimentos, eventos, materiais (inclusive OPME) e medicamentos cobertos pelo Saúde CAIXA estão limitados às DUT ANS, nos casos em que a ANS define diretriz de utilização.

3.1.8 O padrão de acomodação do Saúde CAIXA é apartamento simples composto de 1 leito, acomodação para 1 acompanhante, banheiro privativo e mobiliário necessário ao tratamento do paciente.

3.1.8.1 É permitido o credenciamento de prestador com previsão de acomodação coletiva (enfermaria), quando atendidas, cumulativamente, as situações a seguir:

- prestador proponente não possui apartamento individual em suas instalações;
- inexistência de prestadores no município com apartamento individual em suas instalações.

3.1.8.2 É garantido ao beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, quando houver indisponibilidade de leito hospitalar em padrão apartamento simples na rede prestadora credenciada.

3.2 INSCRIÇÃO DE TITULARES E DEPENDENTES

3.2.1 Os beneficiários, titulares e dependentes, do Saúde CAIXA são aqueles previstos no [MN, RH221].

3.3 FORMATO DE CUSTEIO

3.3.1 Os recursos do Saúde CAIXA constituem-se de:

- Contribuição mensal da CAIXA, incluindo despesas assistenciais e administrativas, observando-se o disposto no subitem [MN, 3.3.6];
- Contribuição mensal dos titulares da parcela das despesas assistenciais e administrativas que superem o limite de custeio da CAIXA estabelecido no marcador anterior, realizada conforme disposto no item [MN, 3.3.10].

3.3.2 A contribuição mensal da CAIXA, para o custeio do Saúde CAIXA é calculada preliminarmente com base no exercício anterior, sendo este valor ajustado ao final de cada exercício.

3.3.3 Em novembro de cada ano civil, será realizado cálculo atuarial e serão apresentados os balancetes para fins de acompanhamento do Plano e identificação da necessidade de reajuste nas contribuições, passando os novos valores, se necessário, a vigorar a partir de janeiro do exercício seguinte, respeitado o limite de participação da CAIXA, conforme subitem [MN, 3.3.6], no custeio dos benefícios de assistência à saúde.

3.3.4 Ao final de cada exercício, havendo desequilíbrio no custeio das despesas totais, será realizado o ajuste necessário:

a) Caso haja saldo superavitário da contribuição dos beneficiários, ao final de cada exercício, este saldo será acrescido à reserva técnica, e após três exercícios de superávit, o saldo acumulado será revertido em benefícios para o plano e para o formato de custeio;

b) Caso haja saldo deficitário, ao final de cada exercício, utilizar-se-á o saldo da reserva técnica de anos anteriores. Caso o saldo da reserva não seja suficiente para a cobertura das despesas, a cobrança extraordinária aos beneficiários será discutida previamente com as entidades representativas dos empregados, na medida da divisão do déficit remanescente entre os beneficiários titulares inscritos no plano durante o exercício, na proporção das mensalidades do mês de dezembro sendo implementada a partir de janeiro e finalizada no exercício subsequente ao ano deficitário.

3.3.5 O Saúde CAIXA possui as seguintes Reservas, cujos saldos são remunerados pela CAIXA com base na taxa SELIC:

a) Reserva Técnica: constituída a partir de superávit nas contribuições dos beneficiários, acumulados anualmente;

b) Reserva de Contingência: constituída e mantida, ao final de cada exercício, em caso de superavit, em 5% (cinco por cento) dos valores de contribuições da CAIXA e dos participantes, na proporção da contribuição das partes para o custeio das despesas totais, não sendo acumulada anualmente. Será utilizada para cobrir déficit porventura existente no ano, sem necessidade de recomposição no ano seguinte.

3.3.6 A participação financeira da CAIXA para custeio dos benefícios de assistência à saúde, incluindo despesas assistenciais e administrativas, será limitada ao teto de 6,50% da Folha de Pagamento e Proventos, excluídos os valores referentes ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS, nos termos estabelecidos pelo estatuto da CAIXA.

3.3.7 A participação da CAIXA no custeio das despesas assistenciais e administrativas estará limitada a 70% do montante ou ao teto de 6,50% descrito no item [MN, 3.3.6], o que for menor.

3.3.8 As despesas assistenciais decorrentes da utilização do Saúde CAIXA por empregados cedidos a outro órgão sem ônus para a CAIXA e respectivos dependentes deverão ser ressarcidas à CAIXA pelo órgão cessionário no percentual de 70%.

3.3.9 O titular é responsável pela conferência, no Demonstrativo de Despesas do Saúde CAIXA, das despesas referentes aos atendimentos efetuados por ele e/ou seus dependentes.

3.3.10 CONTRIBUIÇÃO MENSAL DOS TITULARES NAS DESPESAS ASSISTENCIAIS E ADMINISTRATIVAS

3.3.10.1 A contribuição mensal dos titulares para custeio da parcela referente às despesas assistenciais e administrativas, subitem [MN, 3.3.1], é composta por:

- Mensalidades dos Titulares e dos dependentes, definidas no subitem [MN, 3.3.10.7.2];
- Participação , conforme item [MN, 3.3.10.8.3].

3.3.10.2 Compete à CESAD – Central Saúde CAIXA alterar no cadastro do titular a destinação dos débitos, nas situações em que o empregado CAIXA deixa de receber ou volta a receber remuneração pela CAIXA.

3.3.10.3 Os valores a débito e/ou a crédito do Titular são encaminhados para folha de pagamento, no caso de titular classificado em qualquer das situações a seguir:

a) Titular empregado da CAIXA.

b) Titular aposentado CAIXA FUNCEF, PREVHAB ou SASSE.

c) Titular pensionista, no caso de pensionista de titular falecido, vinculado à FUNCEF, PREVHAB ou SASSE.

3.3.10.4 Os valores a débito e/ou a crédito do Titular são encaminhados para a conta de depósito do titular, na CAIXA, nas situações a seguir:

a) Por determinação judicial.

b) A pedido do Titular ou responsável pela pensão, por escrito ou mediante apresentação do MO21038, à CESAD – Central Saúde CAIXA, em situação de inadimplência.

c) Recebimento, pelo titular aposentado ou pensionista, de proventos somente do INSS ou de outros órgãos de previdência.

d) Empregados em licença para:

- mandato eletivo, [MN, RH181];
- exercício de cargo de direção, [MN, RH181];
- LIP Incentivada, [MN, RH001]:
- LEE, [MN, RH213].

e) Impossibilidade de cobrança da contribuição mensal em folha de pagamento da CAIXA, FUNCEF, PREVHAB ou SASSE.

3.3.10.5 O débito da participação do Titular ou Responsável pela Pensão, no regime de Escolha Dirigida, ocorre mensalmente, limitado a 10% da RB.

3.3.10.5.1 O saldo restante da participação, quando houver, é debitado nos meses subsequentes, sempre limitado a 10% da RB do titular.

3.3.10.5.2 O débito da participação no regime de Escolha Dirigida é realizado sempre no mês subsequente ao do cálculo do pagamento ao credenciado.

3.3.10.5.2.1 O desconto da participação no regime de Livre Escolha é realizado no ato do reembolso.

3.3.10.6 O início de um novo ano civil não isenta o Titular do pagamento de valores correspondentes a fatos geradores ocorridos anteriormente.

3.3.10.7 MENSALIDADE

3.3.10.7.1 É devida a cobrança de mensalidades do Titular e dos dependentes, para composição da contribuição mensal, inclusive a cobrança de uma décima terceira mensalidade, dos titulares para custeio do Saúde CAIXA.

3.3.10.7.2 As mensalidades dos beneficiários estão descritas no quadro a seguir:

Item	Tipo de Titular	Descrição da Mensalidade e Percentual incidente sobre a RB do Titular para cálculo da mensalidade	Teto de Mensalidade
01	Todos os titulares previstos no [MN, RH221], salvo os tipos especificados no itens 02 a 06 deste quadro	▪ Mensalidade do Titular: 3,5% sobre a RB do Titular, inclusive sobre o 13º salário. ▪ Mensalidade do Dependente Direto: R$ 480,00 (quatrocentos e oitenta reais), por dependente direto cadastrado, inclusive sobre o 13º salário. ▪ Mensalidade do Dependente Indireto: R$ 480,00 (quatrocentos e oitenta reais), por dependente indireto cadastrado, inclusive sobre o 13º salário.	▪ A soma da mensalidade do Titular com a(s) mensalidade(s) do(s) Dependente(s) Direto(s) não pode ultrapassar, no mês de referência, o teto de 7% (sete por cento) da RB do Titular; ▪ Não existe teto de cobrança no mês de referência, no caso de mensalidade de Dependente Indireto.
02	Empregado CAIXA em exercício de mandato eletivo	▪ Mensalidade do Titular: 11,67% sobre a RB do Titular do dia anterior ao afastamento do empregado, com a cobrança de 13 contribuições, sendo duas mensalidades debitadas no mês de novembro. ▪ Mensalidade do Dependente Direto: R$ 480,00 (quatrocentos e oitenta reais) , por dependente direto cadastrado, com a cobrança de 13 contribuições, sendo duas mensalidades debitadas no mês de novembro. ▪ Mensalidade do Dependente Indireto: R$ 480,00 (quatrocentos e oitenta reais), por dependente indireto cadastrado, com a cobrança de 13 contribuições, sendo duas mensalidades debitadas no mês de novembro.	▪ A soma da mensalidade do Titular com a(s) mensalidade(s) do(s) Dependente(s) Direto(s) não pode ultrapassar, no mês de referência, o teto de 23,33% da RB do Titular; ▪ Não existe teto de cobrança no mês de referência, no caso de mensalidade de Dependente Indireto.
03	Empregado CAIXA em exercício de cargo em direção (LED)		
04	Empregado CAIXA em LIP Incentivada		
05	Empregado CAIXA em LEE		
06	Ex-empregado, com desligamento da CAIXA sem justa causa e com manutenção da titularidade do Saúde CAIXA, conforme [MN, RH221]		
07	Empregado admitido na CAIXA, até 31/08/2018, na condição de aposentado, quando de seu desligamento da CAIXA, se o tempo de contribuição para o Saúde CAIXA for inferior a 120 meses.		

3.3.10.7.3 As regras que estabelecem a RB do Titular para cálculo de mensalidade(s) estão previstas no item [MN, 3.4].

3.3.10.7.4 No caso de Casal CAIXA, [MN, RH221], é cobrada uma única mensalidade de Titular do Saúde CAIXA, sendo devida a cobrança de mensalidade de dependente direto referente ao empregado cadastrado na condição de Dependente de Casal CAIXA.

3.3.10.7.5 Conforme [MN, RH221], a titularidade do Casal CAIXA é assumida pelo empregado CAIXA ou aposentado de maior valor de RB.

3.3.10.7.6 Compete ao Titular de Casal CAIXA e ao Dependente de Casal CAIXA solicitar, à CAIXA, a alteração da titularidade do Casal CAIXA, quando a RB do Dependente de Casal CAIXA for maior que a RB do Titular de Casal CAIXA, conforme [MN, RH221].

3.3.10.7.6.1 O descumprimento do previsto no subitem [MN, 3.3.10.7.6], implica a dissolução do Casal CAIXA formado pelos beneficiários infratores.

3.3.10.7.6.2 No caso de dissolução do Casal CAIXA por motivo de descumprimento do previsto no subitem [MN, 3.3.10.7.6], nova formação de Casal CAIXA só será permitida após 180 dias corridos, contados da data da dissolução.

3.3.10.7.7 No caso de manutenção de Ex-cônjuge inscrito em conformidade com o [MN, RH221], compete ao Titular o pagamento de mensalidade para manutenção do beneficiário, como dependente indireto.

3.3.10.7.8 É devida a cobrança de mensalidade(s) retroativa(s) aos meses subsequentes ao mês do óbito do Titular, quando constatada a existência de utilização do Saúde CAIXA pelos dependentes, durante o prazo previsto para o responsável pela pensão solicitar a manutenção da inscrição dos dependentes do Titular falecido, conforme [MN, RH221].

3.3.10.7.9 É devido o pagamento integral da mensalidade do Titular, independentemente da quantidade de dias de cobertura pelo Saúde CAIXA, para o Titular e seus dependentes, no mês enquadrado em qualquer das situações a seguir:

a) Mês da adesão ao Saúde CAIXA.

b) Mês do cancelamento da adesão ao Saúde CAIXA.

c) Mês da rescisão ou suspensão do contrato de trabalho na CAIXA.

d) Mês de reingresso do Titular ao Saúde CAIXA, nas situações previstas no [MN, RH221].

3.3.10.7.10 No caso de exclusão e/ou inclusão de dependente direto ou indireto, respeitado o teto de mensalidade para dependente direto estabelecido no subitem [MN, 3.3.10.7.2], é devido o pagamento integral da mensalidade prevista para o dependente, independentemente da quantidade de dias de cobertura pelo Saúde CAIXA, no mês enquadrado em qualquer das situações a seguir:

a) Mês da adesão do Titular ao Saúde CAIXA.

b) Mês do cancelamento da adesão do Titular ao Saúde CAIXA.

c) Mês da rescisão ou suspensão do contrato de trabalho do empregado, Titular do Saúde CAIXA.

d) Mês de reingresso do Titular ao Saúde CAIXA, nas situações previstas no [MN, RH221];

e) Mês da inscrição do dependente.

f) Mês do cancelamento da inscrição do dependente.

g) Mês de reinscrição do dependente, nas situações previstas no [MN, RH221].

3.3.10.7.11 O débito de mensalidade de titular, de dependente direto e de dependente indireto, inclusive referente ao Saldo Devedor, é efetuado conforme subitens [MN, 3.3.10.3] e [MN, 3.3.10.4], e não observa o limite de 10% da RB para desconto mensal.

3.3.10.8 PARTICIPAÇÃO

3.3.10.8.1 A participação é a parte financeira que cabe ao titular reembolsar à CAIXA, quando da utilização das assistências prestadas pelo Saúde CAIXA, nas formas descritas a seguir:

a) Coparticipação, item [MN, 3.3.10.8.3].

b) Participação integral, item [MN, 3.3.10.8.4].

c) Participação diferenciada prevista no [MN, RH223] para determinados procedimentos, eventos produtos e/ou serviços.

d) Participação dependente restrito, item [MN, 3.3.10.8.5].

3.3.10.8.2 A participação do Titular ou Responsável pela Pensão é debitada em conformidade com os subitens [MN, 3.3.10.3] a [MN, 3.3.10.6].

3.3.10.8.3 COPARTICIPAÇÃO

3.3.10.8.3.1 As despesas assistenciais decorrentes da utilização do Saúde CAIXA, pelo Titular e seus dependentes diretos e indiretos, resultam em coparticipação de 30% arcada pelo Titular, enquadrado em qualquer das situações de titularidade previstas no [MN, RH221], salvo os casos especificados no item [MN, 3.3.10.8.4] e nas situações de participação diferenciada, conforme [MN, RH223].

3.3.10.8.3.2 Os tratamentos oncológicos e internações são isentos de coparticipação.

3.3.10.8.3.3 A coparticipação para consulta em pronto socorro/pronto atendimento corresponderá ao valor fixo de R$ 75,00 (setenta e cinco reais) por atendimento.

3.3.10.8.3.4 A coparticipação arcada pelo Titular, subitem [MN, 3.3.10.8.3.1], possui teto anual com as seguintes especificações:

- está limitado R$ 3.600,00, por ano, salvo os casos previstos no subitem [MN, 3.3.10.8.3.4.1];
- é acumulado durante o período de 1º de janeiro a 31 de dezembro;
- está vinculado à data do atendimento prestado ao titular e seus dependentes diretos e indiretos, independentemente da faixa etária do beneficiário.

3.3.10.8.3.4.1 A coparticipação possui teto anual de R$ 12.000,00, no caso de Titular enquadrado em qualquer das situações a seguir:

a) Empregado CAIXA em exercício de mandato eletivo.

b) Empregado CAIXA em exercício de cargo em direção (LED).

c) Empregado CAIXA em LIP Incentivada.

d) Empregado CAIXA em LEE.

3.3.10.8.4 PARTICIPAÇÃO INTEGRAL

3.3.10.8.4.1 A participação integral é de 100% sobre as despesas com utilização do Saúde CAIXA pelo titular, dependente direto e dependente indireto, na ocorrência de qualquer das situações a seguir:

a) Alta administrativa do beneficiário, no tratamento da dependência química, por infringência às normas internas da clínica.

b) Procedimento utilizado acima da quantidade permitida no prazo intervalar estabelecido de acordo com o contido na Tabela TUSSCAIXA disponível no AutoSC.

c) Não comparecimento ao horário agendado sem aviso prévio de, no mínimo, 24 horas para:

- *Check Up*;
- consulta odontológica;
- consulta com nutricionista;
- sessões de tratamento psicoterápico;
- sessões de fonoaudiologia;
- sessões de fisioterapia.

d) Toda e qualquer despesa decorrente de utilização do Saúde CAIXA por Titulares e dependentes no caso de Titular enquadrado como ex-empregado, demitido da CAIXA sem justa causa e com manutenção da titularidade do Saúde CAIXA, conforme [MN, RH221].

3.3.10.8.4.2 A participação integral não é considerada no cálculo do teto anual de coparticipação.

3.3.10.8.4.3 As despesas ocorridas a partir da data da perda do direito ao Saúde CAIXA pelo beneficiário serão cobradas integralmente do titular, caso o atendimento tenha sido realizado mediante apresentação de cartão extraviado dentro do prazo de validade.

3.3.10.8.5 PARTICIPAÇÃO DEPENDENTE RESTRITO

3.3.10.8.5.1 A participação do titular é de 100% sobre as despesas com procedimentos permitidos para dependente restrito.

3.3.10.8.5.2 A CAIXA reserva-se ao direito de pagar ao credenciado a despesa havida com dependente restrito e efetuar a cobrança integral do titular.

3.3.10.8.5.3 Os procedimentos permitidos para dependente restrito podem ser consultados no AutoSC, Tabela de Procedimentos.

3.3.10.8.5.4 É vedada a concessão de autorização para internação de dependente restrito, ainda que decorrente da realização de procedimento previsto no subitem [MN, 3.3.10.8.5.3].

3.3.10.8.5.5 A despesa com procedimentos não previstos para dependentes restritos nesta norma, inclusive internação hospitalar, é paga pelo titular ou pelo dependente, diretamente ao credenciado, com negociação antecipada entre as partes.

3.3.10.8.5.6 Caso não seja possível efetuar a cobrança total das despesas havidas com dependente restrito de uma única vez, o saldo remanescente é corrigido pela Taxa Referencial mensal, mais juros de 0,5% ao mês, e cobrado no mês subsequente, sempre limitado a 40% da RB do titular.

3.3.10.8.5.7 A despesa de saúde havida por dependente restrito não é considerada no cálculo do teto anual de coparticipação.

3.4 RB DO TITULAR

3.4.1 A RB do titular empregado, para o cálculo da contribuição dos beneficiários, é a definida como a remuneração mensal composta pelas rubricas salariais de natureza não eventual, de acordo com a situação funcional, na data em que a RB é apurada.

3.4.1.1 A RB considerada para o cálculo da mensalidade é aquela apurada no mês anterior à folha de pagamento do mês vigente.

3.4.2 A RB do Titular aposentado e desligado da CAIXA ou do Responsável pela pensão é a soma dos valores dos benefícios a seguir:

- benefício previdenciário do INSS;
- benefício do Fundo de Previdência Privada (FUNCEF, PREVHAB, SASSE ou PMPP).

3.4.3 Caso o aposentado e desligado da CAIXA ou o titular de pensão realize o resgate ou a portabilidade do saldo de conta do Fundo de Previdência Privada, a remuneração base para fins de cálculo da contribuição mensal considerará a soma do benefício concedido pela previdência oficial com o benefício teórico calculado pela Fundação dos Economiários Federais – FUNCEF, reajustados anualmente no mesmo tempo e índices utilizados pelo INSS e pela FUNCEF.

3.4.4 Na ausência das informações dispostas nos itens [MN, 3.4.1], [MN, 3.4.2] e [MN, 3.4.3], a remuneração para fins de cálculo da contribuição mensal será a última remuneração base recebida enquanto empregado ativo, reajustados nos termos da data base da categoria.

3.4.5 Compete ao Titular aposentado e desligado da CAIXA, após seu desligamento da CAIXA, e ao Responsável pela Pensão apresentar os comprovantes do INSS e/ou FUNCEF, comprovando o(s) valor(es) percebidos como RB.

3.4.5.1 A RB constante no demonstrativo de pagamento do empregado, no último mês antes do desligamento da CAIXA, é mantida até que, na condição de aposentado desligado da CAIXA, o Titular apresente o(s) documento(s) comprobatórios para atualização da RB, sendo vedada a restituição de valores cobrados a maior até o mês anterior ao da data da apresentação do(s) respectivo(s) comprovante(s), sendo devida a cobrança da mensalidade no mês seguinte à alteração da remuneração.

3.4.5.2 No caso de Titular falecido, a RB constante no demonstrativo de pagamento do empregado, no último mês antes do falecimento, é mantida até que o Responsável pela Pensão apresente o(s) documento(s) comprobatório(s) para atualização da RB, sendo vedado a restituição de valores cobrados a maior até o mês anterior ao da data da apresentação do(s) respectivo(s) comprovante(s).

3.4.5.3 É responsabilidade do titular aposentado e desligado da CAIXA ou do Responsável pela pensão apresentar os comprovantes de proventos do INSS e do fundo de previdência privada anualmente ou quando da ocorrência de alterações de valores de RB, sob pena de cadastro retroativo à data de alteração.

3.4.6 Na inexistência de RB cadastrada no sistema para o Titular, a RB considerada para cálculo dos valores devidos ao Titular, temporariamente, é a do salário inicial do Técnico Bancário Novo, até que seja regularizada a situação em conformidade com este normativo.

3.5 SALDO DEVEDOR

3.5.1 INADIMPLÊNCIA

3.5.1.1 A adesão do titular ou pensionista e seus dependentes ao Saúde CAIXA será suspensa pelo não pagamento da mensalidade, coparticipação ou outro saldo devedor por período superior a 90 dias nos últimos dozes meses, consecutivos ou não, descumprimento de obrigações pelo beneficiário e nas demais hipóteses previstas em lei.

3.5.1.1.1 O uso do Saúde CAIXA pelo titular ou pensionista e seus dependentes fica suspenso até a regularização da situação financeira junto ao Plano de Saúde.

3.5.1.1.2 A utilização do Plano durante o período de suspensão é indevida e acarreta o pagamento integral pelo responsável financeiro das despesas realizadas pelo titular ou pensionista e seus dependentes.

3.5.1.1.3 Durante o período de suspensão, é devida a cobrança da coparticipação de despesas assistenciais decorrentes do uso do Plano anteriormente à suspensão.

3.5.2 ÓBITO DO TITULAR

3.5.2.1 No óbito do titular, os valores referentes aos saldos devedores de coparticipação, decorrentes de despesas assistenciais realizadas pelo titular do Saúde CAIXA, são quitados pelo resseguro.

3.5.2.1.1 No óbito do titular empregado, os saldos devedores registrados nas demais rubricas do Saúde CAIXA ou nas rubricas do PAMS, [MN, RH042], são debitados das verbas rescisórias.

3.5.2.1.2 O saldo devedor não debitado das verbas rescisórias e/ou saldo devedor residual gerado por reprocessamento das despesas pagas e/ou reembolsadas, que não seja coparticipação decorrente de despesas assistenciais realizadas pelo titular do Saúde CAIXA, são transferidos para o(s) pensionista(s) habilitado(s) como beneficiário(s) de pensão no Saúde CAIXA.

3.5.2.1.2.1 Havendo mais de um pensionista, é devida a quotização do saldo devedor entre os pensionistas, proporcionalmente, conforme o percentual de cada pensão.

3.5.2.1.2.2 Na inexistência de pensionista, a cobrança do saldo devedor deve ser habilitada junto ao espólio pela CESAD.

3.5.2.1.2.3 É devida a transferência do saldo devedor para a matrícula do empregado ativo ou aposentado quando o responsável por pensão é titular do Saúde CAIXA.

3.5.3 AFASTAMENTO OU DESLIGAMENTO DO EMPREGADO

3.5.3.1 É devida a cobrança do saldo devedor do titular, referente ao Saúde CAIXA e/ou ao PAMS, nos afastamentos a seguir:

a) Desligamento do empregado por motivo de rescisão contratual, a pedido ou por justa causa, inclusive para os casos de aposentadoria.

b) Licença concedida ao titular por um dos motivos a seguir:

- LIP, conforme [MN, RH001];
- LIP Incentivada, conforme RH001, caso o empregado afastado decida pela suspensão do plano de saúde;
- LAC, conforme [MN, RH001];
- LED, conforme [MN, RH181], caso o empregado afastado decida pela suspensão do plano de saúde;
- ME, conforme [MN, RH181], caso o empregado afastado decida pela suspensão do plano de saúde;
- LEE – conforme [MN, RH213], caso o empregado afastado decida pela suspensão do plano de saúde.

3.5.3.1.1 Os saldos devedores do titular registrados nas rubricas do Saúde CAIXA e/ou PAMS são debitados das verbas rescisórias.

3.5.3.1.1.1 É devida a cobrança de saldo devedor não debitado das verbas rescisórias e/ou saldo devedor residual gerado por reprocessamento das despesas pagas.

3.5.3.1.1.2 O retorno do beneficiário afastado, ao plano de saúde, fica condicionado à renegociação de eventual dívida não saldada.

3.5.3.1.1.3 Nas situações em que o beneficiário se desliga por aposentadoria e opta pela manutenção do plano de saúde, a cobrança do saldo devedor poderá ser realizada a qualquer tempo.

3.5.4 COBRANÇA DE SALDO DEVEDOR

3.5.4.1 É devida a cobrança de saldo devedor de titular ou responsável por pensão.

3.5.5 LANÇAMENTO DE VALOR A PREJUÍZO

3.5.5.1 O lançamento de valores de saldos devedores a prejuízo é devido quando cumpridas todas as situações a seguir:

a) Esgotamento de tentativas administrativas para cobrança do saldo devedor.

b) Emissão de parecer da área jurídica da CAIXA que ateste a existência de custo x benefício descompensado para ajuizamento de ação.

c) Apuração de responsabilidade disciplinar e civil, [MN, AE079].

d) Cumprimento às alçadas estabelecidas no [MN, AL028].

3.6 COMPROVANTE PARA O IMPOSTO DE RENDA

3.6.1 A CAIXA disponibiliza, anualmente, por meio do portal do Saúde CAIXA, www.saude.caixa.gov.br, o comprovante para Imposto de Renda, referente às despesas pagas pelo titular.

3.7 PROCEDIMENTOS SEM COBERTURA PELO SAÚDE CAIXA

3.7.1 Não são passíveis de custeio pelo Saúde CAIXA, os procedimentos a seguir:

a) Avaliação pedagógica.

b) Avaliação psicológica.

c) Conjugação de procedimentos existentes na tabela TUSSCAIXA ou no ROL ANS, com o objetivo de custeio de evento, cirúrgico ou não, sem cobertura obrigatória pela TUSSCAIXA e/ou ROL ANS.

d) Cursos e atividades similares, mesmo que incluam abordagens terapêuticas com foco no participante beneficiário do Saúde CAIXA.

e) Despesa hospitalar de iniciativa do beneficiário e não prescrita pelo médico assistente.

f) Despesa hospitalar extraordinária referente a, entre outras, telefonema, televisão, ar condicionado, alimentação não prescrita no tratamento, serviço de lavanderia particular e indenização por dano ou destruição de objetos.

g) Despesas com EPI.

h) Exame de paternidade.

i) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.

j) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar não enquadrados nas regras previstas no [MN, RH223].

k) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não enquadrados nas regras previstas no [MN, RH223].

l) internação para realização de exames de diagnóstico que não requeiram o procedimento e/ou administração de medicamentos.

m) Orientação vocacional.

n) Procedimento assistencial realizado sem atendimento às condições estabelecidas nos normativos do Saúde CAIXA.

o) Procedimento não previsto na Tabela TUSSCAIXA e qualquer despesa decorrente da sua realização.

p) Procedimento não reconhecido pelo Ministério da Saúde e conselhos federais de profissionais da área de saúde.

q) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para esses fins.

r) Procedimentos e/ou tratamentos decorrentes de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

s) Procedimentos idênticos, realizados simultaneamente por profissionais diferentes.

t) Procedimentos realizados além do limite previsto nos normativos do Saúde CAIXA e/ou tabela TUSSCAIXA sem autorização prévia da CAIXA.

u) Psicoterapia com objetivo de supervisão profissional ou para cumprimento de compromisso curricular.

v) Psicoterapia de grupo para o 2º e demais dependentes de mesmo titular, se participante do mesmo grupo terapêutico.

w) Psicoterapia individual para membros de um mesmo núcleo familiar realizada, simultaneamente, pelo mesmo profissional assistente.

x) Qualquer técnica de reprodução assistida.

y) Recanalização de trompas e canais deferentes.

z) Reversão de vasectomia.

aa) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

bb) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

cc) Tratamento em estância hidromineral, hidrotermal e de repouso.

dd) Tratamento no exterior.

ee) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

ff) Vacinas não previstas no rol de cobertura disponível no AutoSC em Tabela de Reembolso.

3.8 CARÊNCIA

3.8.1 A carência para utilização do Saúde CAIXA é de 180 dias corridos, contados da data da adesão ao Saúde CAIXA, nas situações a seguir:

a) Empregado cuja adesão ao Saúde CAIXA ocorra após o 38º dia da assinatura do contrato de trabalho com a CAIXA.

b) Empregado em retorno de LIP Incentivada ou LEE, na situação em que não houve opção ao Plano, LIP ou LAC cuja adesão ao Saúde CAIXA ocorra após o 38º dia do retorno da licença.

c) Empregado, cuja adesão ao Saúde CAIXA ocorra após o 38º dia do retorno de:

- LAC;
- LIP;
- LIP Incentivada, na situação em que não houve opção ao Plano;
- Mandato eletivo, na situação em que não houve opção ao Plano;
- LED, na situação em que não houve opção ao Plano;
- LEE, na situação em que não houve opção ao Plano.

d) Suspensão do contrato de trabalho.

e) Titular em retorno à adesão ao Saúde CAIXA, cuja adesão anterior, foi cancelada a pedido do titular ou por determinação judicial.

f) Empregado licenciado para exercício de cargo na FENAE ou em Associação de Pessoal.

3.8.1.1 Nova adesão de titular, com adesão anterior cancelada a pedido do titular ou por determinação judicial, é condicionada ao decurso de 2 anos da data de exclusão.

3.8.1.1.1 Nova adesão de dependente, com adesão anterior cancelada a pedido do titular ou por determinação judicial é condicionada aos períodos de carência definidos pela ANS, a contar da data da efetiva inscrição no Saúde CAIXA.

3.8.1.2 É assegurada a portabilidade, obedecidas as regras da ANS.

3.9 AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

3.9.1 Os procedimentos que dependem de autorização prévia estão disponíveis no AutoSC, *link* Tabela de Procedimentos e no endereço http://www.centralsaudecaixa.com.br/tabela-autorizacao/.

3.9.2 É obrigatória a solicitação de autorização prévia, independentemente de na tabela informada no AutoSC constar como procedimento sem necessidade de autorização, a realização de procedimentos nas situações relacionadas a seguir:

- em domicílio;
- em internação hospitalar;
- nas assistências em que o [MN, RH223] exige autorização prévia;
- nas situações contempladas no subitem [MN, 3.1.6.1.1];
- nas situações de garantia de atendimento por inexistência ou indisponibilidade de rede credenciada, conforme item [MN, 3.14].

3.10 AVALIAÇÃO POR AMOSTRAGEM

3.10.1 A avaliação por amostragem presencial ou à distância é realizada para subsidiar ações na assistência do Saúde CAIXA e resguardar os interesses do plano de saúde.

3.10.2 A CESAD, a qualquer tempo, pode solicitar algum tipo de avaliação, para esclarecer dúvidas e/ou acompanhar o tratamento.

3.10.3 O beneficiário do Saúde CAIXA ou seu representante legal é obrigado a encaminhar documentos, laudos e exames complementares quando solicitados pela CAIXA ou auditoria contratada, sob pena de não ser reembolsado no regime de Livre Escolha, e se for escolha dirigida efetuar o pagamento integral.

3.10.4 O beneficiário do Saúde CAIXA ou seu representante legal tem o direito de solicitar a qualquer momento avaliação por amostragem presencial para esclarecimentos ou para acompanhamento dos procedimentos propostos ou dos procedimentos realizados por profissional credenciado.

3.11 DIVERGÊNCIA TÉCNICO-ASSISTENCIAL

3.11.1 Em caso de divergência técnico-assistencial entre o profissional assistente e o profissional auditor, são cumpridas as regras previstas no [MN, RH223] para composição de junta médica ou odontológica.

3.12 ESCOLHA DIRIGIDA

3.12.1 A escolha do credenciado para realização de procedimento de saúde fica a critério do titular ou dependente.

3.12.1.1 Não é custeado procedimento realizado por profissional que seja cônjuge, pai, mãe, filho ou parente até 3º grau do beneficiário atendido.

3.12.1.2 Para atendimento do beneficiário pela rede credenciada do Saúde CAIXA é obrigatória a apresentação do Cartão de Identificação do Saúde CAIXA, em material plástico, papel ou cartão virtual juntamente com o documento de identidade.

3.12.1.2.1 Para atendimento em prestador vinculado a outra operadora credenciada no município, além do previsto no subitem [MN, 3.12.1.2], é obrigatória a apresentação da carteira própria da outra operadora, quando fornecida ao beneficiário.

3.12.1.2.2 É proibido o fornecimento do número do cartão do Saúde CAIXA por telefone ou fax, por motivo de segurança.

3.12.1.3 É vedado o pagamento de valor a título de antecipação ou complementação de pagamento de procedimentos custeados pelo Saúde CAIXA.

3.12.1.4 O pagamento dos serviços prestados pela rede credenciada é realizado pela CAIXA diretamente ao profissional ou entidade, mediante apresentação da Guia de atendimento padrão TISS, conforme definido pela ANS, assinada pelo beneficiário, no ato do atendimento.

3.12.1.5 No intuito de ajudar a beneficiária na escolha do profissional médico obstetra, a CAIXA disponibiliza, no sítio da Central Saúde CAIXA, o percentual de cirurgias cesáreas e de partos normais efetuados pelo Saúde CAIXA, por meio do relatório disponível no endereço a seguir:

http://www.centralsaudecaixa.com.br/beneficiários/percentualdepartos/.

3.12.1.5.1 O percentual de parto disponibilizado no sítio da Central Saúde CAIXA refere-se à quantidade de partos realizados no período de 1 ano, conforme especificação a seguir:

- quando consultado após 31 de março do ano de solicitação, fornece os percentuais relativos ao ano imediatamente anterior à solicitação;
- quando solicitado entre o período de 01 de janeiro até 31 de março do ano de solicitação, fornece os percentuais do segundo ano imediatamente anterior ao pedido de solicitação.

3.12.1.5.2 As informações prestadas são referentes aos dados vinculados apenas aos partos efetuados pela Operadora, e não ao total de partos realizados pelos médicos ou estabelecimentos.

3.12.1.5.3 O Saúde CAIXA também disponibiliza o Cartão da Gestante, disponível no endereço http://saude.caixa.gov.br/portal (abrir preferencialmente no navegador *Mozilla Firefox*).

3.12.1.5.3.1 O Cartão da Gestante permanece em posse da gestante e é apresentado em todos os atendimentos de saúde realizados durante a gestação e na maternidade quando for admitida em trabalho de parto.

3.13 LIVRE ESCOLHA

3.13.1 É vedado o reembolso de procedimentos ainda não realizados.

3.13.1.1 O reembolso é devido quando cumpridas as regras previstas nos normativos do Saúde CAIXA.

3.13.1.2 A solicitação de reembolso é realizada pelo titular, conforme subitem [MN,4.4.1.1].

3.13.1.3 O reembolso é efetuado por meio de crédito na conta de depósito do titular, em até 30 dias após a entrega da documentação prevista no subitem [MN,4.4.1.1].

3.13.1.3.1 Compete ao titular arquivar os documentos fiscais originais, subitem [MN,4.4.1.1], pelo prazo de 05 anos, a contar da data do crédito do reembolso.

3.13.1.3.2 A CAIXA pode, a qualquer momento, requerer do titular a apresentação dos originais dos documentos fiscais.

3.13.1.4 O valor reembolsável é o menor dos valores entre aqueles pagos pelo beneficiário e o valor constante na Tabela TUSSCAIXA, disponível no AutoSC *link* reembolso/Tabela de Reembolso na data do atendimento ou início do tratamento.

3.13.1.4.1 Do valor reembolsável é deduzida a coparticipação do titular.

3.13.1.5 Os atendimentos referentes a mais de 1 beneficiário são desmembrados em pedidos de reembolsos distintos.

3.13.1.5.1 Para cada atendimento prestado é apresentado um documento fiscal.

3.13.1.5.2 É vedado reembolso de documentos fiscais que caracterizem o desdobramento da despesa ocorrida com o mesmo beneficiário.

3.13.1.5.3 Para os casos de pagamentos parcelados relativos a uma mesma prestação de serviço, com a emissão de Recibo Saúde para cada pagamento realizado, é devido apenas um reembolso relacionado ao valor total da prestação de serviço.

3.13.1.6 É vedado reembolso de despesa decorrente de atendimento prestado por profissionais que se enquadrem em pelo menos uma das situações a seguir:

- que mantenham vínculo empregatício com a CAIXA;
- cônjuge, pai, mãe, filho ou parente até 3º grau do beneficiário atendido;
- pertencentes à rede credenciada do Saúde CAIXA, na especialidade à qual o reembolso se refere;
- pertencentes ao quadro de profissionais da empresa de auditoria médica contratada.

3.13.1.7 É vedada a realização de atendimento, por meio da Livre Escolha, sem a emissão de autorização pela empresa de auditoria, no caso de procedimento que requer autorização prévia, subitens [MN, 3.9.1] e [MN, 3.9.2].

3.13.1.8 A autorização de reembolso, respeita o regime de alçadas, conforme disposto no [MN, AL028], exceto nos seguintes casos:

- Urgência e emergência;
- Demanda de natureza judicial;
- Quando envolver garantia de atendimento conforme determina a Resolução Normativa N° 259 da ANS;
- Quando o valor do reembolso for o cadastrado na tabela de reembolso do AUTOSC;
- Reembolso do PRM;

3.13.1.9 O [MN, AL028] determina no item 3.3 a alçada de reembolso por livre escolha, desta forma, deve haver expressa autorização da autoridade competente, com o devido registro no SIAGS, para que o procedimento seja autorizado.

3.13.1.10 A autorização para reembolso integral é realizada mediante deferimento de autorização prévia, para a qual não há alçada delimitada em norma, ficando a cargo da CESAD a avaliação e liberação do custeio, mediante parecer das auditorias médicas.

3.13.1.11 Os processos de reembolso integral ocorrem conforme Resolução Normativa nº 259/2011 ANS, que por sua vez considera a procedência dos procedimentos, com foco na Garantia do Atendimento e não nos valores destes.

3.13.1.12 Os casos de urgência/emergência, garantia de atendimento e ordem judicial são de caráter mandatório e o registro no SIAGS também é obrigatório.

3.13.1.13 No registro da alçada, as auditorias médicas elaboram parecer técnico acerca do pedido e incluem dentro da senha do SIAGS, na carga Anotações Administrativas – Notas da Auditoria.

3.14 INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR CREDENCIADO

3.14.1 O Saúde CAIXA garante o atendimento do beneficiário em prestador credenciado em município limítrofe ou município da região de saúde à qual faz parte o município da demanda, nas situações a seguir:

a) Existência de rede credenciada no município de demanda, mas com indisponibilidade de atendimento.

b) Inexistência de rede credenciada no município de demanda.

3.14.1.1.1 É priorizado o atendimento pela Livre Escolha, com reembolso pelo valor integral orçado pelo prestador não credenciado no município de demanda, nas situações previstas no subitem [MN, 3.14.1] quando cumpridos, cumulativamente, os critérios a seguir:

- valor cobrado pelo prestador não credenciado no município da demanda é mais vantajoso para o Saúde CAIXA que o atendimento em outro município, cabendo à CESAD avaliar a relação custo por benefício;
- solicitação de autorização prévia pelo titular/dependente para atendimento pela Livre Escolha;
- apresentação pelo titular/dependente do valor orçado pelo prestador não credenciado para realização do evento/serviço.

3.14.1.1.1.1 É permitida ao Saúde CAIXA a indicação de outro prestador não credenciado para cumprimento do previsto no subitem [MN, 3.14.1.1.1].

3.14.1.1.1.2 Garantido o atendimento pela Livre Escolha, conforme subitem [MN, 3.14.1.1.1], do valor reembolsável é deduzida a coparticipação do titular, conforme item [MN, 3.3.10.8.3] ou conforme participação diferenciada prevista no [MN, RH223] para determinados procedimentos, eventos produtos e/ou serviços.

3.14.1.2 O Saúde CAIXA garante o atendimento do beneficiário em credenciado de qualquer outro município do país nas situações a seguir:

a) Existência de rede credenciada no município de demanda, nos municípios limítrofes e na região de saúde, mas com indisponibilidade de atendimento.

b) Inexistência de rede credenciada no município de demanda, nos municípios limítrofes e na região de saúde.

3.14.1.2.1 É priorizado o atendimento pela Livre Escolha, com reembolso pelo valor integral orçado por prestador não credenciado no município da demanda, em municípios limítrofes ou na região de saúde, nas situações previstas no subitem [MN, 3.14.1.2], quando cumpridos, cumulativamente, os critérios a seguir:

- valor cobrado pelo prestador não credenciado no município da demanda é mais vantajoso para o Saúde CAIXA que o atendimento em outro município, cabendo à CESAD avaliar a relação custo por benefício;
- solicitação de autorização prévia pelo titular/beneficiário para atendimento pela Livre Escolha;
- apresentação pelo titular/dependente do valor orçado pelo prestador não credenciado para realização do evento/serviço.

3.14.1.2.1.1 É permitida ao Saúde CAIXA a indicação de outro prestador não credenciado para cumprimento do previsto no subitem [MN, 3.14.1.2.1].

3.14.1.2.1.2 Garantido o atendimento pela Livre Escolha, conforme subitem [MN, 3.14.1.2.1], do valor reembolsável é deduzida a coparticipação do titular.

3.14.1.3 Quando, para manutenção da garantia do atendimento do beneficiário, a autorização é concedida para realização em município diferente do município da demanda, o custo com transporte e hospedagem é arcado integralmente, com isenção de coparticipação do titular, item [MN, 3.3.10.8.3], pelo Saúde CAIXA.

3.14.1.3.1 O meio de transporte e a localidade de destino são definidos pela CAIXA.

3.14.1.4 Nas situações de urgência ou emergência, comprovadas por meio de relatório do profissional assistente, é garantido o atendimento no município da demanda, pela modalidade de Livre Escolha, quando da inexistência ou indisponibilidade de credenciado para atendimento no mesmo município de localização do beneficiário, sem a necessidade de solicitação de autorização prévia.

3.14.1.4.1 A dispensa de solicitação de autorização prévia para realização de serviço/tratamento na situação prevista no subitem [MN, 3.14.1.4], não desobriga o custeio conforme coberturas previstas pelo Saúde CAIXA, bem como não impede a CAIXA de glosar no cálculo do reembolso valores que estejam em desconformidade com os normativos do Saúde CAIXA.

3.14.1.4.2 Nas situações previstas no subitem [MN, 3.14.1.4] o custeio ocorre em consonância com o disposto a seguir:

- parecer emitido pelo profissional de saúde auditor, referente ao relatório do profissional de saúde assistente com justificativa para urgência ou emergência e para os insumos utilizados na realização do serviço/tratamento;
- cálculo do reembolso de acordo o valor integral pago ao prestador pelo beneficiário, observado o disposto no subitem [MN, 3.14.1.4.1];
- retenção da coparticipação no ato do reembolso de acordo com o item [MN, 3.3.10.8.3] ou conforme participação diferenciada prevista no [MN, RH223] para determinados procedimentos, eventos produtos e/ou serviços.

3.15 ATENDIMENTO SAÚDE CAIXA

3.15.1 O Saúde CAIXA disponibiliza o serviço de atendimento aos beneficiários e prestadores credenciados por meio da Central de Atendimento Saúde CAIXA. O serviço compreende o atendimento telefônico e eletrônico e é disponibilizado pelos canais:

- Telefone 0800 095 60 94;
- Atendimento eletrônico *on line* (chat);
- Atendimento eletrônico em formulário Fale Conosco;
- AutoSC;
- Whatsapp (61)99186-5878 (Atendimento exclusivo para beneficiários);
- Ligue pra mim, por meio da endereço http://www.centralsaudecaixa.com.br/ligue-para-mim/;
- Portal de serviços em https://saude.caixa.gov.br/PortalServicosPRD/Home/.

3.15.2 A Central de Atendimento funciona 24 horas por dia, sete dias por semana e presta atendimento de dúvidas, sugestões e reclamações sobre:

- adesão de Titular, manutenção de adesão de Titular e cancelamento de adesão de Titular ao Saúde CAIXA;
- inscrição, manutenção de inscrição e cancelamento de inscrição de dependente no Saúde CAIXA;

- cadastro de responsável pela pensão;
- coberturas assistências previstas no [MN, RH223];
- credenciamento e manutenção de prestadores de serviços de saúde para atendimento aos beneficiários do Saúde CAIXA, [MN, RH049];
- condições gerais do Saúde CAIXA.

3.16 RESPONSÁVEL FINANCEIRO NO SAÚDE CAIXA

3.16.1 São considerados responsáveis financeiros no Saúde CAIXA:

- o Titular, responsável por si e por seus dependentes, perante a CAIXA;
- o responsável pela pensão, responsável pelos beneficiários mantidos, no Saúde CAIXA, como dependentes de Titular falecido.

3.17 USO INDEVIDO

3.17.1 O uso indevido é caracterizado pelo descumprimento de regra(s) prevista(s) nos normativos do Saúde CAIXA pelo titular e/ou pelos dependentes.

3.17.2 No caso de responsável financeiro, na condição de empregado CAIXA, o uso indevido acarreta as penalidades a seguir:

- pagamento integral, pelo responsável financeiro, das despesas assistenciais realizadas pelo Titular e seus dependentes, corrigidas monetariamente pela TR e juros de 0,5% ao mês;
- suspensão, de imediato, da adesão ao Saúde CAIXA, pelo período de 12 meses, a contar da constatação do uso indevido pelo titular e/ou por seu(s) dependente(s);
- envio de informações à Corregedoria quando caracterizado uso indevido pelo titular e/ou pelo(s) dependente(s) conforme [MN, AE079];
- aplicação das sanções previstas no [MN, RH053].

3.17.2.1 Conclusa a apuração do processo instaurado, conforme [MN, AE079], e caso a apuração do processo resulte em rescisão do contrato de trabalho, aplica-se o cancelamento da adesão do titular e seus respectivos dependentes inscritos no Saúde CAIXA.

3.17.3 No caso de responsável financeiro, na condição de aposentado, o uso indevido acarreta as penalidades a seguir:

- pagamento integral, pelo responsável financeiro, das despesas assistenciais realizadas pelo Titular e seus dependentes, corrigidas monetariamente pela TR e juros de 0,5% ao mês;
- suspensão, de imediato, da adesão ao Saúde CAIXA, pelo período de 12 meses, a contar da constatação do uso indevido pelo titular e/ou por seu(s) dependente(s);
- cancelamento da adesão do Titular e de seus respectivos dependentes inscritos no Saúde CAIXA.

3.17.4 No caso de responsável financeiro, na condição de responsável pela pensão, o uso indevido acarreta as penalidades a seguir:

- pagamento integral, pelo responsável financeiro, das despesas assistenciais realizadas pelo pelo Titular e seus dependentes, corrigidas monetariamente pela TR e juros de 0,5% ao mês;
- suspensão, de imediato, da adesão ao Saúde CAIXA, pelo período de 12 meses, a contar da constatação do uso indevido pelo titular e/ou por seu(s) dependente(s);
- cancelamento da adesão do Titular falecido e dos respectivos dependentes do Titular falecido inscritos no Saúde CAIXA.

3.17.5 O uso indevido a partir do dia imediatamente posterior à data de desligamento da CAIXA, submete o ex-Titular ao pagamento integral das despesas assistenciais realizadas pelo ex-Titular e seus dependentes, corrigidas monetariamente pela TR e juros de 0,5% ao mês, sob pena de responder, civil e criminalmente, pela utilização indevida do Saúde CAIXA.

3.18 ARQUIVO DO SAÚDE CAIXA

3.18.1 A organização e temporalidade dos arquivos de documentos seguem o estabelecido nos normativos vigentes.

3.19 CONSELHO DE USUÁRIOS DO SAÚDE CAIXA

3.19.1 O Conselho de Usuários é um órgão autônomo de caráter consultivo, criado com a finalidade de oferecer à CAIXA subsídios ao aperfeiçoamento da gestão do plano de Assistência à Saúde – Saúde CAIXA, conforme as normas, regulamento e legislação em vigor, constituído por representantes da CAIXA, que serão indicados pela CAIXA/Unidade de gestão do plano, e representantes dos titulares do plano de Assistência à Saúde – Saúde CAIXA, que serão eleitos, cujo Regimento Interno é parte integrante do Acordo Coletivo de Trabalho 2023/2025.

3.19.2 O Conselho de Usuários do Saúde CAIXA é composto por:

- 4 participantes titulares e seus respectivos suplentes, indicados pela CAIXA;
- 4 participantes titulares e seus respectivos suplentes eleitos pelos empregados da CAIXA, ativos e aposentados, participantes titulares do Saúde CAIXA.

3.19.3 O Regimento Interno do Conselho de Usuários do Saúde CAIXA consta no Anexo II.

3.20 CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA

3.20.1 O Conselho Consultivo do Saúde CAIXA é um órgão colegiado autônomo de caráter consultivo, criado com a finalidade de oferecer à CAIXA subsídios ao aperfeiçoamento da gestão e dos benefícios do Saúde CAIXA, conforme as normas, regulamento e legislação em vigor.

3.20.2 O Conselho Consultivo do Saúde CAIXA é composto por 6 membros titulares e seus respectivos suplentes, denominados Conselheiros, indicados:

- pelo Vice-Presidente de Pessoas da CAIXA;
- pela CONTEC, de forma paritária.

3.20.3 O Regimento Interno do Conselho Consultivo do Saúde CAIXA consta Anexo III.

3.21 RESPONSABILIDADES PELO SAÚDE CAIXA

3.21.1 CAIXA

3.21.1.1 Responsável pela gestão e operacionalização do Saúde CAIXA.

3.21.2 GESAD

3.21.2.1 Representa, nacionalmente, a área de saúde da CAIXA, perante órgãos públicos e organizações de saúde ou afins.

3.21.2.2 Acompanha a legislação pertinente à área de saúde.

3.21.2.3 Acompanha a execução dos processos em âmbito nacional.

3.21.2.4 Planeja, implementa e acompanha o controle orçamentário dos recursos do Saúde CAIXA.

3.21.2.5 Acompanha e controla as receitas e as despesas do Saúde CAIXA e propõe medidas, visando o equilíbrio financeiro e a sustentabilidade do Plano de Saúde.

3.21.2.6 Define as diretrizes e padrões do Saúde CAIXA.

3.21.2.7 Regulamenta os processos do Saúde CAIXA, acompanhando e controlando sua execução.

3.21.2.8 Acompanha a utilização do Saúde CAIXA.

3.21.2.9 Analisa e decide sobre procedimentos realizados sem a devida autorização prévia.

3.21.2.10 Analisa e decide sobre procedimentos que necessitam de autorização prévia.

3.21.2.11 Analisa e decide sobre o custeio de procedimentos não previstos na Tabela TUSSCAIXA.

3.21.2.12 Analisa e decide sobre solicitações em grau de recurso.

3.21.2.13 Atualiza a Tabela TUSSCAIXA.

3.21.2.14 Atualiza a página do Saúde CAIXA na *internet*, a Cartilha do Beneficiário e o Manual do Credenciado.

3.21.2.15 Define parâmetros de negociação para a tabela negociada com os credenciados.

3.21.2.16 Intermedeia as negociações e acordos com profissionais e instituições.

3.21.2.17 Analisa e decide sobre reajuste de tabela e inclusão de procedimentos negociados pela CESAD.

3.21.2.18 Retém e recolhe os encargos sociais incidentes sobre os valores de serviços prestados pela rede credenciada.

3.21.2.19 Efetua o ressarcimento ao SUS.

3.21.2.20 Efetua a gestão operacional e o acompanhamento do SIAGS, de acordo com o [MN, AD242], apenso A.

3.21.2.21 Administra o relacionamento institucional com os convênios de reciprocidade.

3.21.3 CESAD

3.21.3.1 Acompanha a utilização do Saúde CAIXA no seu âmbito de atuação.

3.21.3.2 Analisa e decide sobre reembolso de procedimentos no seu âmbito de atuação.

3.21.3.3 Analisa e decide sobre procedimentos que necessitam de autorização prévia no seu âmbito de atuação.

3.21.3.4 Analisa recursos e quando houver fatos novos encaminha à GESAD, com manifestação técnica e administrativa.

3.21.3.5 Analisa e decide sobre procedimentos realizados sem a devida autorização prévia, no seu âmbito de atuação.

3.21.3.6 Realiza acompanhamento quantitativo e qualitativo da rede de credenciados.

3.21.3.7 Negocia valores da Tabela TUSSCAIXA no seu âmbito de atuação.

3.21.3.8 Convoca o beneficiário para avaliação clínica, por motivos técnicos ou administrativos.

3.21.3.9 Solicita documentação do beneficiário e/ou profissional assistente para subsidiar análise técnica de profissional da CAIXA ou de profissional por ela designado.

3.21.3.10 Procede acerto de desconto de participação.

3.21.3.11 Representa, regionalmente, a área de saúde da CAIXA, perante órgãos públicos e organizações de saúde ou afins.

3.21.3.12 Operacionaliza os convênios de reciprocidade.

3.21.4 CESAD – CENTRAL DE ATENDIMENTO

3.21.4.1 Analisa e decide sobre inscrições e renovações dos beneficiários do Saúde CAIXA, conforme [MN, RH221].

3.21.4.2 Analisa e decide sobre solicitação de remoção aérea e terrestre.

3.21.4.3 Atua na gestão da Central de Atendimento Saúde CAIXA.

3.21.4.4 Realiza pagamento de prestação de serviços ao credenciado.

3.21.5 BENEFICIÁRIO DO SAÚDE CAIXA

3.21.5.1 Preserva e promove sua saúde.

3.21.5.2 Confere o Demonstrativo de Despesas do Saúde CAIXA e informa à CESAD qualquer divergência identificada.

3.21.5.3 Notifica à CESAD as ocorrências que comprometam a qualidade da assistência prestada pela rede credenciada e procedimentos incompatíveis com as normas vigentes.

3.21.5.4 Comunica à CESAD abandono de tratamento.

3.21.5.5 Observa as exigências dos normativos e condições estabelecidas na Tabela TUSSCAIXA, disponibilizada no AutoSC, Cartilha do beneficiário e site do Saúde CAIXA.

3.21.5.6 Comparece à avaliação clínica, quando convocado, e/ou fornece a documentação solicitada pela CESAD, sob pena de cobrança integral do procedimento.

3.21.5.7 O beneficiário está sujeito à penalidade de suspensão do benefício quando verificado o não cumprimento dos normativos.

3.21.5.7.1 O titular possui responsabilidades sobre atuação e utilização do Saúde CAIXA por seus dependentes.

3.21.5.8 É responsável por portar seu cartão de identificação e acompanhar a sua validade, bem como solicitar renovação do titular/dependentes conforme regras dispostas no [MN, RH221].

3.21.6 CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA

3.21.6.1 Analisa e opina sobre alterações que venham a repercutir na modelagem financeira e atuarial do Saúde CAIXA.

3.21.6.2 Examina e opina sobre os Relatórios de Desempenho do Saúde CAIXA.

3.21.6.3 Examina e opina sobre as contas do Saúde CAIXA.

3.21.6.4 Propõe alterações e aperfeiçoamentos no Saúde CAIXA.

3.21.6.5 Propõe alterações no Regimento Interno do Conselho.

3.21.6.6 Sugere a inclusão ou exclusão de procedimentos previstos no Saúde CAIXA assim como alternativas para realização de cálculo atuarial.

3.21.7 MEMBROS DO CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA

3.21.7.1 Participam e votam nas reuniões do Conselho.

3.21.7.2 Propõem matérias a serem examinadas pelo Conselho.

3.21.7.3 Solicitam, por intermédio da instituição representada, a convocação de reuniões extraordinárias do Conselho.

3.21.7.4 Relatam as matérias propostas pela instituição representada.

3.21.8 CONSELHO DE USUÁRIOS DO SAÚDE CAIXA

3.21.8.1 Analisa o desempenho financeiro do Saúde CAIXA.

3.21.8.2 Examina as contas do Saúde CAIXA, propondo alterações no seu formato de custeio sempre que necessário.

3.21.8.3 Propõe alterações para o aperfeiçoamento do Saúde CAIXA.

3.21.8.4 Propõe sobre a inclusão ou exclusão de coberturas previstas no Saúde CAIXA, com base nos recursos disponíveis.

3.21.8.5 Acompanha o desempenho financeiro do Programa, propondo alterações nos valores de contribuição dos titulares sempre que houver necessidade.

3.21.8.6 Presta esclarecimentos aos usuários.

3.21.8.7 Avalia os serviços prestados pelo Saúde CAIXA.

3.21.8.8 Promove o entrosamento e aproximação dos usuários com a CESAD.

3.21.8.9 Acompanha as condições de acesso do usuário aos serviços do Saúde CAIXA.

3.21.8.10 Discute e propõe soluções para os problemas vivenciados pelos usuários.

3.21.8.11 Sugere políticas e programas de saúde, observados os recursos disponíveis.

3.21.8.12 Remete às instâncias competentes propostas de alterações do Regimento.

3.21.8.13 Os membros do Conselho de Usuários do Saúde CAIXA:

- participam e votam nas reuniões do Conselho;
- propõem matérias a serem examinadas pelo Conselho;
- solicitam a convocação de reuniões extraordinárias do Conselho;
- relatam as matérias propostas ao Conselho;
- disseminam a concepção do modelo do Saúde CAIXA.

4 PROCEDIMENTOS

4.1 CONTRIBUIÇÃO MENSAL

4.1.1 BENEFICIÁRIO

4.1.1.1 Acompanha os descontos decorrentes da contribuição mensal por meio do demonstrativo de despesas do Saúde CAIXA.

4.1.1.2 Solicita, por meio do Fale Conosco, acertos de valores ou cobrança da contribuição mensal em conta de depósito, no caso de inadimplência.

4.1.1.3 Solicita atualização da RB, em abertura de processo de alteração cadastral, por meio de um dos canais a seguir:

- AutoSC;

- Telefone 0800 095 60 94;
- Atendimento eletrônico *on line* (chat);
- Atendimento eletrônico em formulário Fale Conosco.

4.1.2 CESAD

4.1.2.1 Efetua acerto da contribuição mensal.

4.1.2.1.1 Comunica o titular ou responsável por pensão a respeito da existência de saldo devedor e da possibilidade de suspensão do plano de saúde por inadimplência, por meio dos canais a seguir:

- correio eletrônico (e-mail);
- mensagem de texto para telefones celulares (SMS);
- mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas;
- aplicativo corporativo de mensagens instantâneas, com confirmação de leitura;
- ligação telefônica gravada, com confirmação de dados pelo interlocutor.

4.1.2.2 Altera no cadastro do Titular empregado a destinação dos débitos, nas situações em que o empregado CAIXA deixa de receber ou volta a receber remuneração pela CAIXA.

4.1.2.3 Altera no cadastro do Titular aposentado e do responsável pela pensão os dados bancários em que incidirão acertos relativos à manutenção do Plano.

4.2 AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

4.2.1 BENEFICIÁRIO

4.2.1.1 Formaliza a solicitação por meio de formulário eletrônico disponível no endereço https://autosc.caixa.gov.br/autosc e envia a documentação digitalizada.

4.2.1.1.1 Para as assistências previstas no [MN, RH223], segue o disposto naquele normativo.

4.2.1.1.2 Para procedimentos odontológicos formaliza a solicitação, conforme item [MN, 4.2.1.1], anexando cópias digitalizadas ou imagens fotográficas nítidas dos documentos a seguir:

- relatório do dentista assistente com o plano de tratamento detalhado;
- exames radiográficos, datados e identificados;
- outros documentos solicitados pelo dentista perito.

4.2.1.1.2.1 Serão aceitos apenas exames de imagem, prontuários clínicos/periodontais e laudos, obtidos em prazos inferiores a 06 meses da sua realização.

4.2.1.1.3 Concedida a senha de autorização, inicia o tratamento autorizado;

4.2.1.1.4 Quando convocado, agenda horário e comparece à avaliação clínica presencial.

4.2.2 DENTISTA CAIXA

4.2.2.1 Orienta o auditor da empresa de auditoria contratada.

4.2.2.2 Convoca o beneficiário para realização de Auditoria Clínica Presencial, quando necessário.

4.2.2.3 Comunica, sobre a convocação do beneficiário, aos destinatários a seguir:

- CESAD;
- empresa de auditoria contratada de atendimento do beneficiário ou à da localidade onde será realizada a auditoria.

4.3 ESCOLHA DIRIGIDA

4.3.1 BENEFICIÁRIO

4.3.1.1 Escolhe um profissional ou entidade de saúde credenciada para realização de procedimento de saúde.

4.3.1.2 Comparece à realização do procedimento de saúde.

4.3.1.3 Assina e data a Guia TISS, após o preenchimento pelo credenciado.

4.3.1.4 Confere se as despesas constantes do Demonstrativo de Despesas do Saúde CAIXA estão de acordo com os atendimentos realizados.

4.3.1.5 Para consulta à rede credenciada e ao demonstrativo de despesas do Saúde CAIXA, acessa o portal http://saude.caixa.gov.br/portal (abrir preferencialmente no navegador Mozilla Firefox).

4.3.1.6 Solicita à CESAD a emissão de cartão de outra operadora, por meio de formulário eletrônico, disponível no Fale Conosco.

4.4 LIVRE ESCOLHA

4.4.1 BENEFICIÁRIO

4.4.1.1 O titular ou titular de pensão solicita reembolso por meio de formulário eletrônico disponível no endereço https://autosc.caixa.gov.br/autosc e do envio digitalizado dos documentos a seguir:

a) PRDP, MO21013, (documento dispensado nas solicitações por meio do AutoSC);

b) documentos fiscais:

- Notas Fiscais, DANFE, faturas, duplicatas ou recibos emitidos por nutricionista pessoa física, sem rasuras ou emendas, apresentados em até 180 dias após a data de emissão, contendo as seguintes indicações:
  - Identificação do prestador com descrição do CPF (se pessoa física) ou do CNPJ (se pessoa jurídica);
  - identificação legível e assinatura do profissional, no caso de nutricionista pessoa física;
  - identificação legível do contratante - é considerado válido nome ou CPF do beneficiário atendido ou do titular;
  - identificação legível do beneficiário atendido caso na identificação do contratante conste o nome ou CPF do titular;
  - discriminação, legível, de cada procedimento, com a respectiva especialidade e quantidade;
  - valores unitários e totais;
  - identificação legível do nome do profissional ou entidade que realizou o atendimento e número da inscrição do profissional no respectivo Conselho Regional;
  - data e local do atendimento;
  - número do documento fiscal (exigido somente no caso de Nota Fiscal).
- Recibos Receita Saúde emitidos por profissionais de saúde como pessoa física:
  - Número do CPF do prestador do serviço, do beneficiário e do responsável pelo pagamento;
  - Número de registro do profissional (médico, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e dentistas) no respectivo conselho profissional;
  - Data da emissão e do pagamento;
  - Valor do pagamento;
  - Declaração emitida pelo profissional assistente contendo a discriminação, legível, de cada procedimento, com a respectiva especialidade, quantidade e valores unitários e totais;

c) conforme o tipo de procedimento efetuado ou assistência prestada, apresenta os documentos abaixo:

- autorização prévia, no caso de procedimento com necessidade de autorização;
- orçamento odontológico e radiografias, com validade de 06 meses, em tratamento odontológico;
- requisição de exame, devidamente assinada e com identificação do profissional que o solicitou;
- relatório do profissional assistente para os casos de procedimentos com necessidade de autorização prévia e/ou em regime de internação;
- laudos;
- relação de medicamentos/procedimentos/itens de tabela hospitalar com preço unitário, nas despesas hospitalares;
- 3 orçamentos, na aquisição de OPME;
- Documento com informação do número de sessões ou aplicações com suas respectivas datas de atendimento, no caso de procedimento seriado;
- tipo de atendimento e horário: dia/hora normal, dia/hora extraordinário ou internação odontológica;

- período de internação ou tratamento, discriminado por procedimento;
- em tratamento odontológico, documento com a discriminação do número do dente, faces, material restaurador, segmento ou arcada e tipo de radiografia, com respectivos valores.
- 3 orçamentos, no caso de custeio de transporte e hospedagem em decorrência de indisponibilidade ou inexistência de prestador credenciado em município limítrofe ou município da região de saúde à qual faz parte o município da demanda.

d) outros documentos que o Saúde CAIXA julgar necessário, para análise da concessão do reembolso.

4.4.2 CESAD

4.4.2.1 Consulta no AutoSC os processos abertos de reembolso.

4.4.2.2 Analisa se a documentação encaminhada está de acordo com o item [MN, 4.4.1.1].

4.4.2.3 Verifica se o beneficiário está inscrito no Saúde CAIXA e se o cartão está dentro do prazo de validade.

4.4.2.4 Verifica se o profissional/entidade é credenciado ao Saúde CAIXA.

4.4.2.5 Solicita à empresa contratada de Auditoria em Saúde, a evolução do processo no AUTOSC, autorizando nos casos de inexistência de alçada, conforme item [MN, 3.13.1.8], ou abrindo a etapa para autorização do detentor de alçada, conforme [MN, AL028].

4.4.2.6 Após validação administrativa, conforme o nível de alçada, inclui nas Anotações Administrativas o INDEFERIMENTO ou DEFERIMENTO e abre a senha para retornar ao filtro da auditoria responsável para que a senha seja finalizada.

4.4.2.7 Efetua o lançamento do pedido de reembolso de despesas no sistema de gestão do Saúde CAIXA, para crédito na conta de depósito do titular.

4.5 INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR CREDENCIADO

4.5.1 BENEFICIÁRIO

4.5.1.1 Havendo necessidade de atendimento ao beneficiário, e caracterizada a indisponibilidade ou inexistência de prestador credenciado no município de demanda, nos municípios limítrofes e região de saúde, comunica formalmente à CESAD – Central de Atendimento, por meio de um dos canais a seguir:

- Telefone 0800 095 60 94;
- Atendimento eletrônico *on line* (chat);
- Atendimento eletrônico em formulário Fale Conosco.

4.5.1.1.1 Informa valores propostos por mais de um profissional ou entidade, quando houver.

4.5.1.2 Solicita reembolso das despesas por meio do AutoSC, de acordo com a autorização concedida.

4.5.2 CESAD

4.5.2.1 Analisa solicitação de atendimento em região com indisponibilidade ou inexistência de rede credenciada e orienta o beneficiário de acordo com item [MN, 3.14], e emite autorização prévia quando previsto.

4.5.2.2 Recebe solicitação de reembolso de despesas quando previsto.

4.6 PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS E TRIBUTÁRIOS

4.6.1 PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS MANUAIS

4.6.1.1 CECOB

4.6.1.1.1 Os procedimentos contábeis relativos aos débitos e créditos na folha de pagamentos dos beneficiários oriundos da PREVHAB referente ao PAMS e Saúde CAIXA constam no [MN, RH209].

4.6.2 PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS AUTOMÁTICOS

4.6.2.1 LANÇAMENTOS CONTÁBEIS GERADOS PELO SIAGS – OL 3185074

4.6.2.1.1 Os procedimentos contábeis gerados de forma automática pelo SIAGS constam no [MN, CR269].

4.6.2.2 LANÇAMENTOS CONTÁBEIS GERADOS PELO SISRH – OL 0006006

Os procedimentos contábeis gerados de forma automática pelo SISRH constam no [MN, CR252].

5 ARQUIVAMENTO DE DOCUMENTOS

5.1 Disponível em https://suprir.caixa/painel2/arq/tabeladocumentos.php?h=RH222.

6 ANEXOS

6.1 ANEXO I – Guia Rápido: Passo a Passo para execução operacional dos procedimentos do [MN,RH222]

6.2 ANEXO II – Regimento Interno do Conselho de Usuários do Saúde CAIXA.

6.3 ANEXO III – Regimento Interno do Conselho Consultivo do Saúde CAIXA.