

REGULAMENTO DO PROGRAMA DE REEMBOLSO - PROASSIST 2025

1. OBJETIVO

O Programa de Reembolso - PROASSIST tem como objetivo, oferecer reembolso para coberturas não previstas no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tais como: exames, tratamentos domiciliares, tratamentos seriados, serviços de psicologia, aparelhos e produtos ortopédicos e para reabilitação, dentre outros previstos.

2. DOS BENEFICIÁRIOS

São beneficiários deste Programa de Reembolso – PROASSIST, todos os Associados Titulares e seus dependentes, cobertos pelos Planos de Saúde contratados pela FIPECq Vida.

3. DAS CARÊNCIAS

A carência para a utilização do benefício do Programa de Reembolso – PROASSIST, será de 12 (doze) meses ininterruptos a partir da primeira contribuição do Plano de Saúde contratado.

4. DOS RECURSOS FINANCEIROS

O Programa de Reembolso – PROASSIST é constituído com recursos do Fundo Assistencial Único (FAU).

5. DOS ITENS EXCLUÍDOS DA COBERTURA

Estão excluídos deste programa os seguintes itens:

- 5.1 Qualquer tipo de medicação de uso vacinal;
- 5.2 Despesas com Cuidador/Enfermagem;
- 5.3 Tratamento de fertilização assistida;
- 5.4 Tratamentos para fins estéticos;
- 5.5 Compra de armação de óculos e lentes de contato;
- 5.6 Manutenção de aparelhos e equipamentos adquiridos pelo PROASSIST;

5.7 Tratamentos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

5.8 Tratamentos experimentais;

5.9 Tratamentos hormonais.

6. DOS REEMBOLSOS

O benefício de reembolso do Programa de Reembolso – PROASSIST, corresponde a uma contribuição mensal paga pelo grupo familiar ao plano de saúde. Esse valor pode ser utilizado para reembolsos dentro do ano vigente na cobertura de despesas adicionais relacionadas à saúde.

7. DAS COBERTURAS

O Programa de Reembolso – PROASSIST, contempla o reembolso dos seguintes itens:

7.1 Exames laboratoriais e/ou exames de imagem;

7.2 Tratamentos Domiciliares: Fisioterapia e Fonoaudiologia.

7.3 Tratamentos Seriados: Equoterapia, Escleroterapia, Hidroterapia, Pilates e RPG.

7.4 Podologia - **Exclusivo para diabéticos.**

7.5 Compras de aparelhos ou lentes:

7.5.1 Medidor de glicose, aparelho de pressão (aparelho único por grupo familiar);

7.5.2 Aparelho Auditivo Bilateral, CPAP, BIPAP (aparelho único por associado).

7.5.3 Lentes para óculos de grau, pedido anual, limitado a um par de lentes por Associado, titular ou dependente, com limite máximo de reembolso de 50% do salário mínimo nacional vigente.

7.6 Aquisição ou Locação de Produtos Ortopédicos para Reabilitação: A definição entre compra ou locação será realizada com base em relatório médico, levando em consideração o tempo estimado de tratamento, onde será autorizado apenas um aparelho por associado.

Tipos de produtos ortopédicos: Andador, bengala, bota imobilizadora, cadeiras de roda, cadeira de banho, colchão casca de ovo anti escaras, colchão d'água anti escaras, muleta, órteses para: coluna, tornozelo, joelho, braço, punho, polegar, palmilha e tipoia ortopédica.

8. DAS SOLICITAÇÕES

As solicitações poderão ser realizadas, preferencialmente pelo Associado, na página da FIPECq Vida. Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento pelos canais de comunicação.

8.1 Estar em dia com o pagamento das mensalidades, coparticipações e outras obrigações financeiras do plano de saúde contratado;

8.2 O Associado deve estar ativo no plano de saúde no momento da análise da solicitação. Pagamentos não serão efetuados em contas de terceiros ou espólios, mesmo em caso de solicitações realizadas em vida.

8.3 A solicitação de reembolso considerará para pagamento, o saldo da cota anual e a data de emissão da nota fiscal ou do cupom fiscal, no prazo constante do item 10.3 deste regulamento.

8.4 O pedido médico, nota fiscal ou recibo deve estar de acordo com item 9;

8.5 As solicitações poderão ser realizadas, preferencialmente pelo Associado, na página da FIPECq Vida. Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento pelos canais de comunicação.

9. DOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

Para a liberação do reembolso previsto neste Programa de Reembolso - PROASSIST, será necessário estar de acordo com o item 8 e apresentar os **documentos legíveis, íntegro e sem rasuras.**

Pedido Médico

Exames:

Pedido médico deve constar o nome do paciente, o exame solicitado, data, carimbo e assinatura do médico assistente;

Tratamento Domiciliar:

Pedido médico deve constar o nome do paciente, solicitando o tratamento domiciliar, data, carimbo e assinatura do médico assistente. A validade deste pedido será de 120 dias;

Tratamento Seriado:

Pedido médico deve constar o nome do paciente, indicação do tratamento, o mês de referência, data, carimbo e assinatura do médico assistente; A validade deste pedido será de 120 dias;

Podologia - Exclusivo para Diabéticos:

Relatório médico do endocrinologista, constando nome do paciente e indicação do tratamento, data, carimbo e assinatura do médico assistente; A validade deste pedido será de 120 dias;

Compras de Aparelhos ou Lentes - Medidor de Glicose, Aparelho de Pressão:

Pedido médico constando o nome do paciente, informação sobre a necessidade da utilização do aparelho solicitado, data, carimbo e assinatura do médico assistente;

Aparelho Auditivo, CPAP, BIPAP:

Pedido médico constando o nome do paciente, informação sobre a necessidade da utilização do aparelho solicitado, data, carimbo e assinatura do médico assistente;

Lente de Óculos de Grau: Pedido médico constando o nome do paciente, informação da indicação, data, carimbo e assinatura do médico assistente;

Compra ou locação de Produtos Ortopédicos para Reabilitação:

Pedido médico constando o nome do paciente, informando a necessidade da utilização do produto, data, carimbo e assinatura do médico assistente;

Nota Fiscal: deve constar o nome do paciente, contendo a descrição, se exames, tratamentos e/ou serviços (especificando o mês de referência), aparelhos, lentes de óculos, produtos ortopédicos, contendo data e valor.

Cupom Fiscal: deve constar o nome ou CPF do paciente, contendo a descrição, se exames, tratamentos e/ou serviços (especificando o mês de referência), aparelhos, lentes de óculos, produtos ortopédicos, contendo data e valor.

Recibo: será aceito **somente para tratamentos e/ou serviços**, deve constar o nome do paciente, a descrição, discriminando o mês de referência, nome do profissional contratado, CPF, data, carimbo e assinatura.

10. DOS PRAZOS

10.1 O prazo para análise da solicitação será de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data do recebimento de toda a documentação exigida.

10.2 Caso seja identificada pendência documental, o Associado será comunicado e terá o prazo de até 30 (trinta) dias para apresentação da documentação complementar.

10.3 As solicitações de reembolso deverão ser apresentadas no prazo máximo de **180 (cento e oitenta) dias**, contados da data de emissão da nota fiscal, cupom fiscal ou recibo.

10.4 O pagamento do reembolso será efetuado exclusivamente em conta bancária de titularidade do Associado Titular, previamente cadastrada junto à FIPECq Vida.

11. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1 Os casos omissos neste Regulamento serão analisados pela Diretoria Executiva da FIPECq Vida.

11.2 A FIPECq Vida poderá, a qualquer tempo, alterar as regras deste Programa, mediante aprovação dos órgãos competentes.

11.3 Este Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação, revogadas as disposições em contrário.