

TRATAMENTOS ORTODÔNTICO E ORTOPÉDICO FUNCIONAL DOS MAXILARES

Conforme coberturas e regras descritas abaixo, observadas as condições aprovadas pela Eletrobras para a operacionalização deste benefício:

1. Os usuários inscritos no Plano ELETROBRAS terão direito a um tratamento ortodôntico e/ou ortopédico funcional dos maxilares por vida, desde que haja indicação terapêutica comprovada previamente por avaliação da auditoria e as condições bucais o permitam, não havendo liberação de qualquer tratamento ortodôntico ou ortopédico funcional mais de uma vez para um mesmo usuário.
2. O prazo máximo para a finalização do tratamento é de 24 (vinte e quatro) meses, com possibilidade de prorrogação por mais 12 (doze) meses, contados de forma contínua, desde que autorizado pela auditoria;
3. Os tratamentos ortodônticos ou ortopédicos funcionais devem ser submetidos, obrigatoriamente, às auditorias: inicial, de instalação, de avaliação, e final;
4. Em todas as auditorias é obrigatória a apresentação da documentação ortodôntica completa e, após a auditoria de instalação, do laudo de evolução terapêutica do caso;
5. As interrupções temporárias ou definitivas do tratamento, a critério do usuário ou do dentista assistente, devem ser submetidas à auditoria para avaliação e a não realização da auditoria implica na contagem contínua do prazo de tratamento;
6. Após a realização e aprovação da auditoria final, são cobertas até 6 (seis) consultas para acompanhamento de contenções ortodônticas funcionais, em um período de 12 (doze) meses, sendo que a primeira consulta de contenção só pode ser realizada no mês subsequente à data da auditoria final;
7. O tratamento ortodôntico deve ser pago da seguinte forma: - Primeira Parcela, equivalente a 50% do valor total previsto em tabela, após a liberação da auditoria de instalação;- Segunda Parcela, equivalente a 25% do valor total previsto em tabela, após a liberação da auditoria de avaliação; - Terceira Parcela, equivalente a 25% restantes previsto em tabela, após a auditoria final.
8. Para consultar a coparticipação, confira a tabela disponibilizada ao final.

ORTODONTIA – EXCLUSÕES:

1. Não serão cobertos retratamentos (repetição ou refação de tratamento já custeado anteriormente pelo plano);
2. Não serão cobertos aparelhos importados e/ou com diferenciais exclusivamente estéticos;

3. É vedada a cobertura adicional de aparelhos acessórios, de contenção, mentoneiras e outros que venham a ser utilizados durante o tratamento, independente da técnica empregada;

É vedada a cobertura adicional de aparelhos acessórios, de contenção, mentoneiras e outros que venham a ser utilizados durante o tratamento, independente da técnica empregada;

IMPLANTE DENTÁRIO, PRÓTESES E CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

Conforme coberturas e regras descritas abaixo, observadas as condições aprovadas pela Eletrobras para a operacionalização deste benefício:

1. O tratamento de implante dentário é realizado em 3 (três) etapas: cirúrgica (implantação de um pino de titânio na maxila e/ou mandíbula), cicatrizadora (integração do pino ao osso) e protética (colocação da prótese sobre os implantes);
2. Para a realização do implante dentário, o Beneficiário deve ter, no mínimo, 18 (dezoito) anos de idade, saúde geral e oral satisfatória (classificada pela auditoria específica), devendo, ainda, se enquadrar em pelo menos um dos seguintes critérios:
 - Edentados total; - Usuário edentado parcial em condição de extremo livre (ausência a partir do 1º molar);
 - Ausência de elementos da bateria labial (de canino a canino) que não façam uso de ponte fixa e que estejam em condições técnicas (saúde oral) satisfatórias;
 - Próteses fixas insatisfatórias, cujo comprometimento dos elementos pilares devem ser evitadas; - Portadores de ponte fixa, com comprovada necessidade de substituição;
 - Com sequelas de problemas periodontais graves, cujo uso de prótese fixa e removível comprometa os elementos remanescentes.
3. Todos os tratamentos de implante dentário devem ser, obrigatoriamente, submetidos à auditoria inicial, pós-cirúrgica e final;
4. As parcelas referentes a tratamento de implante dentário só devem ser reembolsadas mediante aprovação da auditoria;
5. O reembolso da primeira parcela referente à etapa cirúrgica do tratamento de implante será de 50% do valor total previsto em tabela, após a liberação da auditoria inicial e pós-cirúrgica de implante e a segunda parcela do pagamento após a liberação da auditoria final de implante,

6. Para todos os procedimentos realizados de implante dentário será descontada a coparticipação. Para consultar a coparticipação, confira a tabela disponibilizada na aba de benefícios assistência à saúde oferecidos pela Eletrobras;
7. Serão cobertos implantes odontológicos com prótese parcial, limitada a uma prótese por arcada;
8. Serão cobertos implantes odontológicos com prótese total, sendo uma prótese por arcada;
9. Serão cobertos enxertos ósseos eventualmente necessários à adequada fixação do implante.

IMPLANTES ODONTOLÓGICOS – EXCLUSÕES:

1. Não serão cobertos materiais importados ou não nacionalizados;
2. Não serão cobertas refações e/ou retratamentos, decorrentes de procedimentos já custeado anteriormente pelo plano.

ESCLEROTERAPIA DE VARIZES

Desde que solicitadas pelo médico assistente, sendo o limite máximo para cobertura por beneficiário de 96 (noventa e seis) sessões por vida, limitadas a 8 (oito) sessões mensais e 24 (vinte e quatro) sessões anuais em período de até 4 (quatro) anos. A solicitação de cobertura referente a cada tratamento deve ser acompanhada de laudo do profissional assistente.

Para consultar a coparticipação, confira a tabela disponibilizada na aba de benefícios assistência à saúde oferecidos pela Eletrobras.

HOME CARE

Mediante indicação médica, devidamente avaliada e homologada pela auditoria médica da Eletros-Saúde, serão cobertos Home Care e Serviços Domiciliares, desde que atendam aos pré-requisitos a seguir:

1. Home Care – exclusivamente em caso de desospitalização ou;
2. Em casos de paciente com quadro de internações consecutivas, cuja finalidade seja evitar nova internação decorrente da mesma patologia;
3. Para administração de antibioticoterapia e/ou conclusão de tratamento medicamentoso que dispense unidade hospitalar, mas requeira atendimento de profissional de saúde;
4. Para assistência terapêutica (fisioterapia, fonoaudiologia e nutrição) por tempo determinado, não superior a 90 dias, para pacientes em processo de recuperação pós-cirúrgica e/ou pós internação hospitalar.

Os serviços domiciliares acima descritos serão oferecidos desde que haja um familiar presente durante todo o período de tratamento, bem como a residência onde se encontra o paciente ofereça condições favoráveis, previamente homologadas pela equipe que irá atendê-lo ou pela auditoria da Operadora.

Para consultar a coparticipação, confira a tabela disponibilizada na aba de benefícios assistência à saúde oferecidos pela Eletrobras.

HOME CARE E SERVIÇOS DOMICILIARES – EXCLUSÕES

1. Não serão cobertos serviços de acompanhantes domiciliares e/ou cuidadores (ainda que realizados por profissionais de saúde especializados);
2. Não serão cobertos serviços realizados sem a aprovação prévia da auditoria médica da Eletros-Saúde ou que não preencham dos critérios técnicos que justifiquem a indicação do home care.

MEDICAMENTOS

Despesas realizadas com a compra de medicamentos (que tenham registro na ANVISA para comercialização), com receita médica original e acompanhadas de nota fiscal, desde que sejam objeto de cobertura, inclusive quando adquiridos em farmácia conveniada, observadas as regras aprovadas pela Eletrobras para a operacionalização deste benefício.

Não serão cobertas prescrições codificadas, não legíveis, manipuladas ou em quantidade superior ao prescrito. Veja as coberturas e regras descritas abaixo:

- Serão cobertos medicamentos de uso contínuo e/ou pontual;
- Mediante apresentação de receita, emitida por profissional habilitado (exclusivamente médico ou dentista);
- Quantidades e tempo de tratamento deverão estar especificados na receita: 1. As receitas de medicamentos de uso contínuo deverão conter a informação “uso contínuo” apontada pelo profissional emissor; 2. As receitas de medicamento de uso contínuo terão validade de 6 (seis) meses, devendo ser substituídas após o vencimento;
- A cobertura de assistência farmacêutica prevê a coparticipação do usuário. Confira a tabela ao final.

ROL DE MEDICAMENTOS QUE POSSUEM COBERTURA

1 - Vitaminas, sais minerais, aminoácido: somente se industrializados por laboratórios farmacêuticos estabelecidos;

2 - Fitoterapia: somente as substâncias industrializadas por laboratórios farmacêuticos estabelecidos;

3 - Homeopatia: somente as monosubstâncias com especificação de potência;

4 - Produtos de uso oftálmico:

i) Somente colírios, pomadas ou unguentos anti-inflamatórios, antibióticos, anestésicos ou anti-glaucomatosos;

5 - Alopatria: Produtos industrializados por laboratórios farmacêuticos estabelecidos, exceto aqueles previstos no rol de medicamentos não cobertos;

6 - Materiais descartáveis de injeções e curativos:

i) Somente aqueles utilizados na aplicação de injeções e curativos no usuário que se encontre em ambiente médico-hospitalar (internações, pequenas cirurgias ambulatoriais, emergências clínico-cirúrgicas);

ii) No caso de diabetes insulino-dependente, respaldado por laudo médico, desobrigados da exigência do ambiente médico hospitalar;

7 - Produtos para avaliação de controle de diabetes-insulino dependentes: Desde que acompanhado da respectiva receita médica.

MEDICAMENTOS – EXCLUSÕES

1. Medicamentos anticoncepcionais;
2. Medicamentos importados;
3. Produtos dietéticos, moderadores de apetite, substâncias emagrecedoras;
4. Fórmula de manipulação;
5. Produtos de suplemento nutricional, leites de qualquer tipo, proteínas, aminoácidos ou medicamentos obtidos através de qualquer um dos componentes acima ou que contenham em sua formulação qualquer um desses componentes;
6. Medicamentos para calvície;
7. Medicamentos cosméticos;
8. Shampoos, sabonetes, produtos de higiene e protetores de pele;
9. Medicamentos para disfunção sexual;
10. Medicamentos antitabágicos;
11. Colírios, exceto colírios anti-inflamatórios, antibióticos, corticosteroides e antiglaucomatosos;
12. Medicamentos com indicação para um sexo sendo usado por outro sexo;
13. Medicamentos não reconhecidos pela ANVISA;
14. Medicamentos cuja utilização seja para uso não respaldado pelo fabricante;
15. Drogas modificadoras ou remodeladoras de estruturas articulares de uso via oral, parenteral ou intra-articular;
16. Medicamentos fitoterápicos não industrializados;
17. Soros, líquidos, fluidos e/ou soluções exclusivamente destinados a umidificação e/ou higienização, sem função medicamentosa.

APARELHOS CORRETIVOS

Despesas realizadas com a compra de aparelhos necessários a suprir deficiências (óculos, lentes de contato, prótese auditiva, aluguel de muletas, aluguel de cadeira de rodas, CPAP), observadas as condições aprovadas pela Eletrobras para a operacionalização deste benefício, desde que indicados pelo médico e após avaliação e autorização da auditoria médica do plano.

ARMAÇÕES, LENTES E LENTES DE CONTATO

1. O reembolso de despesas com a aquisição de armações, lentes e lentes de contato está condicionado à apresentação de nota fiscal e à prescrição de oftalmologia. O receituário médico deverá conter a prescrição de uso de lente de contato para a aquisição das mesmas;
2. Somente é concedido novo reembolso de despesas efetuadas para o mesmo usuário mediante a prescrição médica atualizada e nos seguintes prazos:
 1. Após decorridos 12 (doze) meses a contar da emissão da nota fiscal anterior para a aquisição de armação de óculos.
 2. Após decorridos 6 (seis) meses a contar da emissão da nota fiscal anterior para a aquisição de lentes corretoras e de contato.
3. As lentes multifocais devem ser reembolsadas em 2 (duas) vezes o valor da Tabela de Procedimentos e Honorários da Eletros-Saúde, e, se for necessário o uso de um óculos para perto e outro para longe, o reembolso deve ser processado separadamente, justificado por laudo do oftalmologista.
4. As lentes de contato descartáveis serão cobertas no limite de 2 (duas) caixas de 6 (seis) unidades cada por 180 (cento e oitenta) dias.

PRÓTESES AUDITIVAS

O reembolso de despesas com a aquisição de próteses corretoras de audição não ligadas ao ato cirúrgico está condicionado à apresentação de nota fiscal e à prescrição de otorrinolaringologista limitadas a 1 (uma) por vida.

PRÓTESES AUDITIVAS – EXCLUSÕES

- 1 - Não serão cobertos consertos, reposições de peças, bem como pilhas e baterias;
- 2- Não serão cobertos insumos necessários à conservação e/ou limpeza do aparelho.

ÓRTESES, PRÓTESES NÃO LIGADAS AO ATO CIRÚRGICO E EQUIPAMENTOS AUXILIARES - COBERTURAS E REGRAS

- 1 - Mediante indicação médica, serão cobertas exclusivamente as órteses e próteses não ligadas ao ato cirúrgico, relacionadas a seguir: - Imobilizadores ortopédicos não gessadas; - Munhequeiras, cotoveleiras, joelheiras e tornozeleiras; - Coletes imobilizadores e posturais, cintos, colares cervicais, e outros imobilizadores;
- 2 - Serão cobertas muletas para uso temporário, mediante prescrição médica com definição de período de uso;
- 3 - As coberturas para órteses, próteses não ligadas ao ato cirúrgico e do aluguel de equipamentos auxiliares serão disponibilizadas exclusivamente por processo de reembolso – mediante apresentação de indicação médica de acordo com o evento e da nota fiscal de aquisição do produto ou do seu aluguel, conforme o caso.

ÓRTESES, PRÓTESES NÃO LIGADAS AO ATO CIRÚRGICO E EQUIPAMENTOS AUXILIARES – EXCLUSÕES

Não serão cobertas próteses permanentes, não ligadas ao ato cirúrgico – como: olhos de vidro, pernas mecânicas, etc.;

Não serão cobertas aquisições, para uso permanente, dos itens abaixo listados:

- Cadeiras de rodas;
- Andadores;
- Muletas e/ou bengalas;
- Assentos especiais – sanitário, para higiene e outros;
- Camas e/ou colchões especiais;

APARELHOS CPAP PARA APNEIA DO SONO – COBERTURAS E REGRAS

1. Mediante indicação médica, serão cobertos aparelhos CPAP destinados ao controle de apneia e/ou outros distúrbios do sono, 01 (um) por vida.
2. As coberturas para aparelhos CPAP serão disponibilizadas exclusivamente por processo de reembolso – mediante apresentação de receita médica e nota fiscal de aquisição do produto.
3. Inicialmente deverá ser feito o aluguel do aparelho por trinta dias para verificar adaptação do paciente. Coberto por reembolso em 90% do valor de R\$300,00.
4. Após o primeiro mês, se houver adaptação, poderá haver a compra do aparelho. Será necessário enviar a (nova) prescrição médica para compra e nota fiscal. A cobertura é de xx% de R\$3.000,00. Deste valor apurado será descontado o valor do reembolso do aluguel já reembolsado.
5. As máscaras e traqueias têm cobertura de xx% do valor de R\$550,00. A troca poderá se dar periodicamente, nunca com prazo inferior a seis meses.

APARELHOS CPAP PARA APNEIA DO SONO – EXCLUSÕES:

1. Não serão cobertos consertos, reposições de peças, bem como pilhas e baterias.

MATERIAIS DESCARTÁVEIS DE INJEÇÃO DE INSULINA E APARELHO DE GLICEMIA CAPILAR LIMITADO A UM POR VIDA E FITAS REAGENTES

Somente quando utilizados por diabéticos insulino-dependentes, respaldados por laudo médico, a ser encaminhado para avaliação da auditoria médica da Eletros-Saúde. O laudo terá validade por 6 meses e deverá ser revalidado para novo período de cobertura.

REMOÇÃO

