

Deliberação nº 32 de 27/07/2023
última atualização 08/2026

REEMBOLSO MÉDICO-HOSPITALAR

Considerando a existência de inúmeras deliberações referentes a reembolsos médicos editadas ao longo dos anos;

Considerando a necessidade de maior transparência e sistematização a fim de facilitar a consulta dos valores de reembolso por parte dos Associados;

Considerando a necessidade de revisão constante dos valores de reembolso;

O Conselho Diretor **resolve**:

Art. 1º - Fica criada a tabela nomeada "**DIRETRIZES PARA REEMBOLSO**", a qual atualiza e consolida todos os valores e parâmetros de reembolso em documento único, dotado de sumário, requisitos e valores, que segue anexo à presente deliberação.

Art. 2º – Eventual omissão ou divergência da tabela, inclusive com as normativas da ANS, serão submetidas à Auditoria Médica da CAMARJ e decididas pela Presidência, após oitiva do Diretor de Benefício.

Art. 3º - A atualização dos valores, inclusão ou exclusão de procedimentos será realizada diretamente no documento anexo, por decisão deste Conselho.

Art. 4º - Esta deliberação, aprovada na reunião do Conselho Diretor ocorrida na presente data, entrará em vigor no dia 01 de agosto de 2023, revogando todas as normas internas em contrário.

Rio de Janeiro, 27 de julho de 2023.

Paulo Vinícius Cozzolino Abrahão
Diretor Presidente

DIRETRIZES PARA REEMBOLSO

Sumário

1.	CONSULTAS MÉDICAS / VISITA HOSPITALAR	5
1.1.	CONSULTA MÉDICA EM CONSULTÓRIO	5
1.2.	CONSULTA NUTRICIONAL EM CONSULTÓRIO	5
1.3.	CONSULTA MÉDICA DOMICILIAR	5
1.4.	VISITA MÉDICA HOSPITALAR	5
2.	TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS/SERIADOS	5
2.1.	ACUPUNTURA	5
2.2.	DRENAGEM LINFÁTICA	5
2.3.	FISIOTERAPIA	5
2.4.	PSICOMOTRICIDADE	6
2.5.	FONOAUDIOLOGIA	6
2.6.	PSICOTERAPIA	6
2.7.	RPG	6
2.8.	TERAPIA OCUPACIONAL	6
3.	OUTROS REEMBOLSOS	6
3.1.	LENTE INTRAOCULAR	6
3.2.	PROGRAMA DE TRATAMENTO DE INFERTILIDADE CONJUGAL	7
3.3.	PRÓTESE AUDITIVA	7
3.4.	PRÓTESE OCULAR	7
3.5.	APARELHO CPAP	7
3.6.	BOTA ROBOP, TIPOIA AMERICANA OU AXILO PALMAR, LUVA SINTÉTICA E IMOBILIZADOR PARA JOELHO	7
3.7.	AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	7
3.8.	VACINAS	8
3.9.	TRATAMENTO COM ECT E EMT	9
3.10.	CAMARJ ESPECIAL MULTIDISCIPLINAR	9
3.11.	HONORÁRIOS MÉDICOS HOSPITALARES C/ CORPO CLÍNICO ABERTO	10
3.12.	MAPEAMENTO CORPORAL TOTAL - DERMATOSCOPIA DIGITAL	10
3.13.	ANALISADOR DE FIBRAS NERVOSAS - GDX	10
3.14.	TOXINA BOTULÍNICA PARA MIGRÂNEA CRÔNICA	10
3.15.	DISPOSITIVO INTRAUTERINO - DIU E IMPLANON NTX	11

3.16.	TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE.....	11
3.17.	VISCOSSUPLEMENTAÇÃO POR PUNÇÃO ARTICULAR.....	11
3.18.	CLEXANE PARA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO.....	12
3.19.	CANABIDIOL.....	12
3.20.	PROLIA.....	12
3.21.	EXELON PATCH.....	12
4.	REEMBOLSO DE HONORÁRIOS - MÉDICO PARTICULAR.....	12
4.1.	DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.....	12
4.2.	TABELAS E DIRETRIZES MÉDICO-HOSPITALAR LIVRE ESCOLHA. 13	
4.3.	CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA.....	13
4.4.	CONSULTA COM ENFERMEIRO OBSTETRA OU OBSTETRIZ.....	13
4.5.	TESTE DO PEZINHO COMPLETO.....	14
4.6.	FISIOTERAPIA ONCOLÓGICA.....	15
4.7	MEDICAMENTO AJOVY PARA ENXAQUECA.....	15
4.8	REEMBOLSO DA MEDICAÇÕES FERRÍCAS INTRAVENOSAS.....	16

1. CONSULTAS MÉDICAS / VISITA HOSPITALAR

1.1. CONSULTA MÉDICA EM CONSULTÓRIO

Reembolso de R\$ 310,00 (trezentos e dez reais), limitado a 1 (uma) consulta por mês com o mesmo profissional, salvo casos especiais, que poderão ser avaliados pela auditoria médica, como gravidez, dentre outros.

1.2. CONSULTA NUTRICIONAL EM CONSULTÓRIO

Reembolso de R\$ 102,00 (cento e dois reais).

1.3. CONSULTA MÉDICA DOMICILIAR

Reembolso de R\$ 310,00 (trezentos e dez reais), sendo necessário enviar um relatório médico justificando o motivo da consulta domiciliar.

1.4. VISITA MÉDICA HOSPITALAR

Reembolso de 310,00 (trezentos e dez reais), limitado a 1 (uma) visita/dia. Havendo mais de 1 (uma) visita/ dia, deverá ter justificativa médica.

2. TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS/SERIADOS

OBS.: A cada 365 dias, será necessário a renovação do laudo indicativo do tratamento para a continuidade do reembolso.

2.1. ACUPUNTURA

Reembolso de R\$ 86,61 (oitenta e seis reais e sessenta e um centavos) por sessão, sendo necessário enviar o pedido médico com a indicação clínica.

2.2. DRENAGEM LINFÁTICA

Reembolso de R\$ 80,94 (oitenta reais e noventa e quatro centavos) mediante a apresentação de laudos comprovando cirurgia oncológica ou de membros inferiores com linfedema.

2.3. FISIOTERAPIA

Reembolso calculado pela tabela CBHPM 5ª edição Porte 2016 conforme indicação no pedido médico.

2.3.1. Fisioterapia Domiciliar: R\$ 74,15 (setenta e quatro reais e quinze centavos) após avaliação realizada pela Auditoria Médica e sempre mediante autorização prévia, inclusive quanto ao número de sessões semanais.

2.4. PSICOMOTRICIDADE

Reembolso de R\$ 60,00 (sessenta reais), sendo necessário enviar o pedido médico com a indicação clínica.

2.5. FONAUDIOLOGIA

Reembolso de R\$ 74,15 (setenta e quatro reais e quinze centavos) por sessão, sendo necessário enviar o pedido médico com a indicação clínica.

2.6. PSICOTERAPIA

Reembolso de R\$ 94,37 (noventa e quatro reais e trinta e sete centavos) por sessão, sendo necessário enviar o pedido médico com a indicação clínica.

2.6.1. PSICOTERAPIA DE CASAL: Reembolso de R\$ 134,82 (cento e trinta e quatro reais e oitenta e dois centavos) por sessão, sendo necessário enviar o pedido médico com a indicação clínica.

2.7. RPG

Reembolso de R\$ 74,15 (setenta e quatro reais e quinze centavos) por sessão, sendo necessário enviar o pedido médico com a indicação clínica.

2.8. TERAPIA OCUPACIONAL

Reembolso de R\$ 74,15 (setenta e quatro reais e quinze centavos) por sessão, sendo necessário enviar o pedido médico com a indicação clínica.

3. OUTROS REEMBOLSOS

3.1. LENTE INTRAOCULAR

Reembolso de até R\$ 2.773,44 (dois mil setecentos e setenta e três reais e quarenta e quatro centavos), por lente.

3.2. PROGRAMA DE TRATAMENTO DE INFERTILIDADE CONJUGAL

Reembolso de reprodução humana assistida que contempla até 3 tentativas.

1ª tentativa até R\$ 25.680,00 (vinte e cinco mil seiscentos reais e oitenta centavos)

2ª tentativa até R\$ 12.840,00 (doze mil oitocentos e quarenta reais)

3ª tentativa até R\$ 6.420,00 (seis mil quatrocentos e vinte reais)

OBS.: É necessária autorização prévia da auditoria médica que irá avaliar os laudos de exames e os relatórios médicos apresentados.

3.3. PRÓTESE AUDITIVA

Reembolso de R\$ 3.370,50 (três mil trezentos e setenta reais e cinquenta centavos) por aparelho, podendo ser renovado a cada 5 anos seguindo os mesmos critérios estabelecidos para a 1ª concessão.

OBS.: Necessário apresentar a indicação médica e o laudo audiométrico comprovando a necessidade do uso do aparelho.

3.4. PRÓTESE OCULAR

Reembolso de R\$ 2.773,44 (dois mil setecentos e setenta e três reais e quarenta e quatro centavos) para prótese, podendo ser renovado a cada 5 anos seguindo os mesmos critérios estabelecidos para a 1ª concessão.

OBS.: Necessário apresentar a indicação médica e o laudo oftalmológico comprovando a necessidade do uso da prótese.

3.5. APARELHO CPAP

Reembolso de R\$ 2.568,00 (dois mil quinhentos e sessenta e oito reais), podendo ser renovado a cada 5 anos seguindo os mesmos critérios estabelecidos para a 1ª concessão. **OBS.:** Necessário apresentar laudo médico, exame de polissonografia e titulação do aparelho.

3.6. BOTA ROBOCOP, TIPOIA AMERICANA OU AXILO PALMAR, LUVA SINTÉTICA e IMOBILIZADOR PARA JOELHO.

Reembolso de até R\$ 128,40 (cento e vinte e oito reais e quarenta centavos), sendo necessário apresentar relatório médico.

3.7. AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

Reembolso de até R\$ 963,00 (novecentos e sessenta e três reais), com intervalo de seis meses para nova concessão.

3.8. VACINAS

A CAMARJ passa a adotar a seguinte tabela para reembolso de vacinas relacionadas abaixo:

Vacinas	Valor
Dengue	R\$ 408,00
Febre Amarela	R\$ 210,00
Febre Tifóide	R\$ 63,24
Gripe Tetravalente H1N1 conforme campanha do Ministério da Saúde	R\$ 79,20
Hepatite A Adulto	R\$ 132,22
Hepatite A Pediátrico	R\$ 132,00
HEPATITE A+B ADULTO	R\$ 156,00
HEPATITE A+B PEDIÁTRICO	R\$ 157,50
Hepatite B Adulto	R\$ 73,45
Hepatite B - Pediátrico	R\$ 66,00
Herpes Zoster (Shingrix)	R\$ 816,00
Hexa Valente	R\$ 204,00
HPV Nonavalente	R\$ 840,00
VSR Virus Sincicial	R\$ 900,00

Vacinas	Valor
Meningite A+C+Y+W135	R\$ 312,00
Meningite B (por dose)	R\$ 480,00
Penta Valente	R\$ 174,00
Pneumo 13	R\$ 315,00
Pneumo 15	R\$ 300,00
Pneumo 20	R\$ 504,00
Pneumo 23	R\$ 86,81
Rotavirus	R\$ 255,82
Tetraviral	R\$ 216,00
Tríplice Bacteriana Acelular - Inf	R\$ 84,00
Tríplice Bacteriana Acelular – Ad	R\$ 118,86
Tríplice Viral	R\$ 64,78
Varicela	R\$ 156,00
-----	-----

OBS.: Não serão reembolsadas as vacinas que não constem no calendário oficial de vacinação do Ministério da Saúde, exceto as citadas na relação acima.

A CAMARJ promoverá a vacinação para a gripe anualmente, sempre com a divulgação e comunicação do período da campanha, não havendo cobertura e/ou reembolso para a mesma fora do período previamente divulgado.

Diretrizes da vacina VSR – Virus Sincicial: Arexvy (50 anos ou mais)

Regras para Utilização:

1. Esquema de dose única;
2. É obrigatória a Autorização Prévia;
3. Para faixa etária de 50 a 59 anos a cobertura é autorizada para aqueles que apresentem risco aumentado devido a comorbidades, como DPOC, asma, insuficiência cardíaca ou diabetes, **sendo obrigatório a apresentação de laudo médico com a devida indicação clínica.**

Política de Reembolso:

O reembolso será de R\$ 900,00 (novecentos reais)

DIRETRIZES PARA LIBERAÇÃO DA VACINA PNEUMOCÓCICA 20-VALENTE (VPC20 / PREVENAR 20) – CAMARJ

1. REQUISITOS ADMINISTRATIVOS E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

A liberação da vacina **Pneumo 20 (VPC20)** para todos os públicos está sujeita à **Autorização Prévia** pela Auditoria Médica da CAMARJ, condicionada à apresentação de **Relatório Médico recente** contendo:

Indicação clínica detalhada e diagnóstico principal;

Justificativa médica para a escolha e uso do imunobiológico;

Sorotipos pleiteados no tratamento (quando aplicável) ou histórico vacinal prévio contra o pneumococo.

2. PÚBLICO INFANTIL (0 A 10 ANOS)

Abrangência: Crianças a partir de **2 meses de idade completos até 10 anos completos** na data da solicitação.

Esquema Posológico por Faixa Etária

Faixa Etária de Início	Esquema de Vacinação	Intervalo e Reforço
2 a 6 meses	3 doses no esquema primário + 1 dose de reforço	Intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses primárias. Reforço aplicado entre 12 e 15 meses de idade.
7 a 11 meses	2 doses no primeiro ano de vida + 1 dose de reforço	Reforço aplicado entre 12 e 15 meses de idade.
12 a 24 meses	2 doses	Intervalo de 2 meses entre as doses.
3 a 10 anos	Dose única	Sem necessidade de dose de reforço.

3. PÚBLICO ADULTO (A PARTIR DE 18 ANOS)

Abrangência: Indivíduos adultos mediante autorização prévia e avaliação das condições clínicas elegíveis.

- **Recomendações e Indicações Clínicas**

Idosos (60 anos ou mais): Recomendação de **dose única de VPC20** como primeira escolha.

Adultos (18 a 59 anos): Indicada exclusivamente para portadores de comorbidades e condições de risco, tais como:

- ✓ Diabetes *mellitus*;
- ✓ Cardiopatias crônicas;
- ✓ Pneumopatias crônicas e Asma moderada/grave;
- ✓ Imunossupressão / Imunodeficiências;
- ✓ Pacientes oncológicos;
- ✓ Nefropatias crônicas e Síndrome Nefrótica;
- ✓ Hepatopatias crônicas;
- ✓ Asplenia anatômica ou funcional;
- ✓ Fístula líquórica e Implante coclear.

- **Regras de Posologia e Transição do Histórico Vacinal**

Pacientes não vacinados (virgens de tratamento): Dose única de VPC20 (sem necessidade de reforços).

Pacientes previamente vacinados com Pneumo 23 (VPP23): Autorizada **1 dose de VPC20**, respeitando o **intervalo mínimo de 12 meses** após a última aplicação da VPP23.

Pacientes previamente vacinados com Pneumo 13/15 (VPC13/VPC15): Autorizada **1 dose de VPC20**, respeitando o **intervalo mínimo de 12 meses** após a última dose da vacina conjugada anterior.

3.9. TRATAMENTO COM ECT E EMT

Reembolso de tratamento de Eletroconvulsoterapia e Estimulação Magnética Transcraniana.

ECT – Ambulatorial: R\$ 172,06 (cento e setenta e dois reais e seis centavos) por sessão, com limite de 24 sessões/ano.

ECT – Internado: R\$ 344,11 (trezentos e quarenta e quatro reais e onze centavos) por sessão, com limite de 24 sessões/ano.

EMT – Ambulatorial: R\$ 258,28 (duzentos e cinquenta e oito reais e vinte e oito centavos) por sessão, com limite de 20 sessões/ano.

EMT – Internado: R\$ 516,55 (quinhentos e dezesseis reais e cinquenta e cinco centavos) por sessão, com limite de 20 sessões/ano.

OBS.: O tratamento necessita de autorização prévia da Auditoria Médica, que irá avaliar o laudo médico de especialista e laudos dos exames complementares que comprovem o

diagnóstico do paciente.

3.10. CAMARJ ESPECIAL MULTIDISCIPLINAR

Tratamento especializado oferecido aos Associados, dependentes e agregados, menores de idade, que tem por objetivo oferecer modalidades terapêuticas para crianças e adolescentes com deficiência mental/intelectual ou física, que visam proporcionar maior autonomia, reabilitação, coordenação motora, autoconfiança, verbalização e independência aos participantes.

O valor do reembolso para CONSULTA com especialista médico, psicoterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapia alimentar e demais TERAPIAS serão equivalentes a DUAS VEZES a Tabela CBHPM 5ª edição Porte 2016, ou Tabela à época utilizada pela CAMARJ.

O paciente elegível será classificado em 3 níveis de funcionalidade:

Nível 1 – Necessita suporte: Terá limite de reembolso mensal de R\$ 1.617,84 (Mil, seiscentos e dezessete reais e oitenta e quatro centavos), conforme as Notas Fiscais apresentadas, adequadas ao atendimento proposto por Laudo Médico ou de Psicólogo.

Nível 2 – Necessita suporte substancial: Terá limite de reembolso mensal de R\$ 2.696,40 (dois mil seiscentos e noventa e seis reais e quarenta centavos), conforme as Notas Fiscais apresentadas, adequadas ao atendimento proposto por Laudo Médico ou de Psicólogo. **Nível 3 – Necessita suporte muito substancial:** Terá limite de reembolso mensal de R\$ 4.718,70 (quatro mil setecentos e dezoito reais e setenta centavos), conforme as Notas Fiscais apresentadas, adequadas ao atendimento proposto por Laudo Médico ou de Psicólogo.

OBS.: O tratamento necessita de autorização prévia da Auditoria Médica, que irá avaliar o laudo médico de especialista e laudos dos exames complementares que comprovem o diagnóstico do paciente, bem como o enquadramento em um dos níveis.

3.11. HONORÁRIOS MÉDICOS HOSPITALARES C/ CORPO CLÍNICO ABERTO

Nos casos de URGÊNCIA E EMERGÊNCIA realizados em hospitais de corpo clínico aberto, onde haja a utilização de serviços médicos particulares, seja ampliado o valor do reembolso dos honorários para UMA VEZ E MEIA (1,5) A TABELA CBHPM PORTE 2016, PLENA, COM UCO DE R\$ 19,36, até o limite dos valores pagos.

3.12. MAPEAMENTO CORPORAL TOTAL - DERMATOSCOPIA DIGITAL

Reembolso máximo de R\$1.027,20 (Mil vinte e sete reais e vinte centavos), por ano, para os procedimentos de DERMATOSCOPIA DIGITAL PARA MAPEAMENTO CORPORAL.

3.13. ANALISADOR DE FIBRAS NERVOSAS - GDX

Reembolso máximo de R\$ 166,92 (cento e sessenta e seis reais e noventa e dois centavos).

3.14. TOXINA BOTULÍNICA PARA MIGRÂNEA CRÔNICA

Reembolso nos tratamentos com TOXINA BOTULÍNICA restrita a pacientes com migrânea (enxaqueca) crônica. Os HONORÁRIOS MÉDICOS serão processados POR SEGMENTO CORPORAL DE APLICAÇÃO, POR SIMETRIA DE LADOS ESQUERDO E DIREITO (100% cada lado), a saber, hemiface direita, hemiface esquerda, etc, com aplicação a cada 12 semanas ou mais, sendo estabelecido o valor máximo, por ampola (frasco) de Botox de 100U, de até R\$ 1.412,40 (Mil quatrocentos e doze reais e quarenta centavos), com limite máximo de 2 ampolas, por aplicação, na forma da quantidade recomendada nos estudos apresentados no Parecer de até 195U.

OBS.: Este tratamento necessita de autorização prévia da Auditoria Médica, sendo necessário apresentar relatório com justificativa médica e laudos de exames.

3.15. DISPOSITIVO INTRAUTERINO - DIU E IMPLANON NTX

Reembolso de R\$ 1.155,60 (Mil cento e cinquenta e cinco reais e sessenta centavos) para os tipos de dispositivos listados abaixo, sendo os honorários médicos pagos conforme a tabela contratada.

DIU de cobre: É feito de plástico, mas revestido somente com cobre em suas hastes, (prazo mínimo de 5 anos para novo requerimento);

DIU de cobre com prata: Ele é bem parecido com o DIU de cobre, só que ele tem prata na sua formulação, (prazo mínimo de 5 anos para novo requerimento); **DIU hormonal:** Contém hormônio, porém dose bem menor do que uma cartela de anticoncepcional, (prazo mínimo de 5 anos para novo requerimento);

IMPLANON NTX: É um dispositivo anticoncepcional de fácil inserção e remoção, que apresenta ação de até 03 anos. É inserido no antebraço da mulher para liberar continuamente na corrente sanguínea o hormônio etonogestrel que bloqueia a ação dos ovários, (prazo mínimo de 3 anos para novo requerimento).

3.16. TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE

Reembolso de R\$ 392,06 por sessão (trezentos e noventa e dois reais e seis centavos).

OBS.: Necessário enviar relatório médico com indicação e justificativa para o tratamento.

3.17. VISCOSSUPLEMENTAÇÃO POR PUNÇÃO ARTICULAR

Reembolso do pacote para punção articular no valor máximo de até R\$ 701,06 (setecentos e um real e seis centavos), incluindo honorários médicos, medicamentos e materiais.

OBS.: Necessário enviar relatório médico com justificativa para o procedimento, incluindo tipo de ácido hialurônico utilizado (baixo e médio peso molecular); grau de artrose da articulação; nível de atividade e idade do paciente e fatores individuais.

Reembolso para **ÁCIDO HIALURÔNICO de alto peso molecular** equivalente ao Suprahyal One, por ter melhor propriedade viscoelástica e ação mais duradoura, de seis a 12 meses, o valor máximo de até **R\$ 1.440,00 (Mil e quatrocentos e quarenta reais), incluindo honorários médicos, medicamentos e materiais, para cada joelho.**

OBS.: Necessário enviar relatório médico com justificativa para o procedimento, incluindo tipo de ácido hialurônico utilizado (baixo, médio e alto peso molecular); grau de artrose da articulação; nível de atividade e idade do paciente e fatores individuais;

3.18. CLEXANE PARA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO

Reembolso do medicamento CLEXANE 40mg (caixa com 10 seringas) no montante equivalente ao menor valor cotado pela Auditoria Médica da CAMARJ.

OBS.: Necessita de autorização prévia da Auditoria Médica.

3.19. CANABIDIOL

Reembolso de medicamentos derivados do CANABIDIOL no montante equivalente ao menor valor cotado pela Auditoria Médica da CAMARJ.

Considerando as exigências da autoridade sanitária, a compra do canabidiol (CBD) será realizada preferencialmente de forma direta pela pessoa física associada, com o suporte da CAMARJ para orientação e indicação da empresa intermediária da compra, realizando-se o respectivo reembolso do valor.

Caso a compra seja realizada diretamente pelo associado em valor superior ao orçamento obtido pela CAMARJ, o valor do reembolso estará limitado ao valor cotado. **OBS.:** Necessita de autorização prévia conforme Protocolo de Utilização 001/2022.

3.20. PROLIA

Reembolso de medicamento PROLIA no montante equivalente ao menor valor cotado pela Auditoria Médica da CAMARJ, desde que o pedido venha acompanhado de laudo médico/parecer favorável da auditoria.

3.21. EXELON PATCH

Reembolso de 50% para o medicamento EXELON PATCH, deliberado pelo conselho diretor visto que não possui DUT na ANS.

4. REEMBOLSO DE HONORÁRIOS - MÉDICO PARTICULAR

4.1. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

NFe: CNPJ, descrição do serviço, data do procedimento.

Recibo: CPF do médico, conselho de medicina, descrição do serviço e data do procedimento.

Pedido médico/Relatório/Folha de sala cirúrgica: Descrição do procedimento com CID do paciente.

OBS.: O reembolso somente será registrado e enviado para análise mediante a apresentação de toda a documentação listada acima.

4.2. TABELAS E DIRETRIZES MÉDICO-HOSPITALAR LIVRE ESCOLHA

Para reembolso de honorários médicos, será adotada a tabela CBHPM 5ª edição Porte 2016, plena.

Para os procedimentos médicos que não tenham nomenclatura na tabela CBHPM 5ª edição Porte 2016, plena e que constem do Rol de procedimentos com cobertura obrigatória da ANS, na data do protocolo do pedido de reembolso, serão utilizados os códigos TUSS de outra edição posterior a esta ou, excepcionalmente, um código de procedimento similar.

Para os reembolsos de custos hospitalares (diárias, taxas, aluguéis, materiais e medicamentos) no caso de utilização de internação por instituição não credenciada da CAMARJ, será adotada a tabela padrão de credenciamento da CAMARJ para novos hospitais, com tabela SIMPRO -20% (deflator de 20%) e Guia Farmacêutico Brasíndice PMF ou Preço de Fábrica + 15%.

4.3. CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA

As cirurgias reparadoras que forem autorizadas após perícia prévia obrigatória, quando não realizada por equipe médica e em hospitais credenciados serão reembolsáveis pela CAMARJ, de acordo com as suas tabelas acima mencionadas, tanto para os honorários médicos, quanto para as despesas hospitalares.

OBS.: As perícias médicas deverão sempre ser realizadas na cidade do Rio de Janeiro,

4.4. CONSULTA COM ENFERMEIRO OBSTETRA OU OBSTETRIZ

Reembolso de R\$ 108,00 (cento e oito reais) por consulta, sendo necessário enviar o pedido médico.

As consultas com Enfermeiro(a) obstetra segue a seguinte diretriz (DUT 135 ANS):

1. Cobertura obrigatória de até 6 consultas de pré-natal e até 2 consultas de puerpério, quando atendidos todos os critérios abaixo:

- a. Profissional enfermeiro obstétrico ou obstetriz habilitado por seu conselho profissional para atendimento obstétrico;
- b. Atendimento de consultas de pré-natal e puerpério quando solicitado por escrito pelo médico assistente que coordena o cuidado na equipe multiprofissional de saúde.

4.5. TESTE DO PEZINHO COMPLETO

Reembolso no valor de R\$ 1.290,00 (Mil duzentos e noventa reais).

Composto pelos seguintes exames:

Cromatografia de aminoácidos - 40301672

PKU – 40301818

Galactose e Galactose-I-Fosfato - 40301974

Atividade da Glicose-6-Fosfato Desidrogenase - 40302059

IRT – 40302563 /HBS, HBC,HBE E OUTRAS – 40304353

Atividade da Biotinidase – 40306488

Anticorpos totais anti- Tripanossoma cruzi – 40306615

IgM anti-Citomegalovirus – 40306674

Anticorpos anti-Hiv 1 e 40307174

IgM anti-virus da Rubéola – 40307700

IgM anti-Toxoplasma gondii - 40307832

Anticorpos totais anti-Treponema pallidum - 40308294

TRECS, KRECS e Agamaglobulinemia – 40314596

17Ohprogesterona - 40316017

TSH – 40316521

T4 – 40316548

Pesquisa da Mutação G985A da MCAD – 40321029

Análise qualitativa de aminoácidos por Tandem (MS/MS) – 40502201

Pesquisa de deleções no gene SMNI – 40503658

4.6. FISIOTERAPIA ONCOLÓGICA

Reembolso de R\$ 102,00 (cento e dois reais) por sessão, para tratamento de fisioterapia com indicação médica para deficiência cinético-funcional no paciente oncológico em nível ambulatorial/hospitalar.

4.7. MEDICAMENTO AJOVY (Fremanezumabe) PARA ENXAQUECA

Reembolso no valor máximo de R\$ 738,50 por caixa para o medicamento AJOVY injetável. Este medicamento é indicado para a prevenção da enxaqueca crônica e episódica em adultos, atuando na redução da frequência e intensidade das crises ao bloquear a proteína CGRP.

Informações detalhadas sobre o medicamento e as regras para a liberação do reembolso:

Indicações:

- Prevenção em pacientes adultos com enxaqueca crônica (mais de quinze dias por mês) ou enxaqueca episódica (mais de quatro dias por mês).
- Casos de resposta inadequada, intolerância ou contraindicação a pelo menos três outros medicamentos profiláticos convencionais.
- Uso mediante prescrição médica especializada (Neurologista ou Clínica da Dor).
- Necessidade de reavaliação de eficácia e efeitos colaterais pelo médico assistente após seis meses para continuidade do tratamento.

Contraindicações:

- Uso não indicado para menores de 18 anos.
- Não recomendado sem orientação médica rigorosa em casos de gravidez e amamentação.
- Pacientes com alergia ao Fremanezumabe ou a qualquer componente da fórmula.

Posologia:

- A administração pode ser mensal (225 mg) ou trimestral (675 mg, correspondente a três injeções de 225 mg aplicadas consecutivamente).

4.8. REEMBOLSO DA MEDICAÇÕES FERRÍCAS INTRAVENOSAS (Ferinject, Noripurum, Derisomaltose Férrica e similares)

Critérios de Indicação Clínica

A terapia com ferro intravenoso é indicada apenas quando houver evidência de anemia ferropriva confirmada laboratorialmente e falha ou impossibilidade do tratamento com sais de ferro via oral. As situações aceitas incluem:

- Falha terapêutica: Ausência de resposta laboratorial após tratamento prévio adequado com ferro oral em doses plenas.
- Intolerância Gástrica: Presença de efeitos colaterais impeditivos (náuseas, vômitos, constipação severa ou dor abdominal) que impossibilitem a adesão ao tratamento oral.
- Má Absorção: Condições clínicas que impeçam a absorção intestinal (ex: Doença de Crohn, cirurgias bariátricas, doença celíaca).
- Necessidade de Reposição Rápida: Quadros graves de anemia (sintomática) ou condições onde a rapidez da resposta é essencial para evitar complicações, a critério médico.

Critérios Laboratoriais (Exames)

Para análise da auditoria, o solicitante deverá apresentar obrigatoriamente os seguintes exames atualizados:

- Hemoglobina (Hb): Confirmação do grau de anemia (valores abaixo de 12 g/dL para mulheres e 13 g/dL para homens).
- Ferritina Sérica: Confirmação de estoques de ferro depletados (geralmente < 30 ng/mL, com ressalvas para estados inflamatórios ou renais). Em pacientes renais o limite poderia subir para menos de 100 ng/mL ou com inflamação para menos de 200 ng/mL.
- Saturação de Transferrina (TSAT): Indicador de disponibilidade de ferro (valores < 20% indicam necessidade de reposição).

Restrições e Contraindicações

- Não indicado no primeiro trimestre de gestação.
- Contraindicado para pacientes com infecções ativas sistêmicas.
- Contraindicado em casos de histórico de hipersensibilidade grave ao ferro injetável.
- O procedimento deve ser realizado em ambiente que possibilite o atendimento de intercorrências (choque anafilático), sob supervisão de equipe de saúde.

Documentação Obrigatória para Reembolso/Autorização

Para instrução do processo, o prestador/associado deverá anexar:

- Relatório Médico Detalhado: Deve conter o diagnóstico (CID-10), justificativa da falha ou intolerância ao ferro oral e a necessidade da via intravenosa.
- Prescrição Médica: Com a dosagem e posologia completa.
- Laudo de Exames: Hemograma e perfil de ferro (Ferritina e Saturação de Transferrina).
- Nota Fiscal/Recibo: Detalhando o custo do medicamento e o custo da aplicação (essencial para cotação e auditoria).
- Cotações: Sempre que aplicável, o reembolso será balizado pela menor cotação de mercado obtida pela auditoria, conforme política interna da CAMARJ.