

Cartilha de Orientações Operacionais:

FISIOTERAPIA DOMICILIAR

Setembro/2024

Sumário

1. Apresentação	3
2. Regras gerais.....	3
3. Carência - Regra para beneficiário que solicita reinclusão no plano de saúde	4
4. Critérios de elegibilidade	4
5. Critérios de cobertura	4
6. Critérios de suspensão	5
7. Autorização	5
8. Prazos	6
9. Referências bibliográficas	7

1. Apresentação

Com o objetivo de esclarecer dúvidas, facilitar a utilização e divulgar direitos e deveres em relação à cobertura extra Rol de fisioterapia domiciliar, elaboramos esta cartilha que explica, de maneira simplificada, as regras de garantia desta cobertura.

Este documento deve ser consultado sempre que necessário e, caso ainda restem dúvidas, o beneficiário poderá entrar em contato conosco por meio dos nossos canais de atendimento:

Site: www.saudepetrobras.com.br

Central de atendimento 24h: [0800 728 3372](tel:08007283372)

WhatsApp (apenas mensagens de texto - segunda a sexta, das 8h às 18h): [\(31\) 98470-5004](tel:31984705004)

Ouvidoria: atendimento de segunda instância, nos termos da RN nº 323/2013 da ANS, com link para acesso direto disponível em nosso site.

2. Regras gerais

A fisioterapia domiciliar é uma ampliação e cobertura dos planos da Saúde Petrobras, de caráter temporário, que tem por objetivo a recuperação total ou parcial de condições de saúde do beneficiário que apresente indicação absoluta para a realização desta terapia complementar em ambiente domiciliar, exclusivamente em caso de limitação de mobilidade comprovada, enquanto o beneficiário apresentar dificuldade de deslocamento de sua casa para um ambiente ambulatorial.

O atendimento de fisioterapia domiciliar é uma modalidade de Pequeno Risco, podendo ser utilizado pelo regime de Escolha Dirigida ou Livre Escolha.

Esta cobertura, independentemente do regime escolhido, está sujeita à análise técnica prévia, o que significa que, quando o atendimento for realizado na rede credenciada de fisioterapia domiciliar, é necessária autorização e, quando for realizado por reembolso, haverá análise técnica posterior, para verificar se a cobertura e, conseqüentemente, o reembolso, são devidos.

Importante ressaltar que o não cumprimento dos critérios de análise técnica ensejará a negativa de cobertura, tanto através da rede credenciada, quanto através de reembolso.

- a. Nos casos em que o beneficiário estiver em atendimento de fisioterapia domiciliar e solicitar concomitantemente atendimento de fisioterapia ambulatorial, será feita a reanálise técnica da cobertura extrarrol de fisioterapia domiciliar, podendo o beneficiário ser encaminhado para atendimento na rede credenciada ambulatorial do plano.

3. Carência - Regra para beneficiário que solicita reinclusão no plano de saúde

Carência é o período ininterrupto, contado a partir do reingresso do beneficiário no plano de saúde, durante o qual ocorre a contribuição do Grande Risco, mas não possui acesso a determinadas coberturas assistenciais previstas no plano.

O período de carência previsto para os atendimentos de fisioterapia domiciliar é de 180 dias, a contar da data de reinclusão no sistema da operadora, conforme previsto na cláusula 20^a do Regulamento do plano AMS.

Os beneficiários elegíveis à fisioterapia domiciliar somente terão acesso à esta cobertura após cumprido o prazo de carência de 180 dias após o reingresso no Plano AMS.

4. Critérios de elegibilidade

- a. Ser beneficiário da Saúde Petrobras, com matrícula ativa;
- b. Não estar incluído e não ser elegível ao Programa de Atenção Domiciliar - PAD;
- c. Não estar em cumprimento dos períodos de carência;
- d. Possuir comprovada limitação de mobilidade, dificultando o deslocamento do domicílio para realização de tratamento fisioterápico seriado em ambiente ambulatorial;
- e. Pacientes em período pós-operatório com limitação da mobilidade;
- f. Pacientes com traumas ortopédicos com limitação da mobilidade;
- g. Terapia de reabilitação para pacientes com distúrbios neurológicos como Acidente Vascular Encefálico, trauma cranioencefálico, Parkinson, síndromes demenciais com comprovado ganho funcional para atividades da vida diária ou prevenção de rigidez articular;
- h. Fisioterapia respiratória para pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica que apresentam limitação funcional ou que possam ter seu quadro clínico agudizado e/ou agravado pelo deslocamento;
- i. Pacientes oncológicos que possam se beneficiar de terapia fisioterápica em domicílio.

5. Critérios de cobertura

- a. Está indicado, exclusivamente, para beneficiários que possuam comprovada limitação de mobilidade, com dificuldade de deslocamento do seu domicílio para realização de tratamento seriado de fisioterapia em ambiente ambulatorial;
- b. Os atendimentos em fisioterapia domiciliar previstos nesta cartilha abrangem somente sessões de fisioterapia motora e/ou respiratória;
- c. Para que seja feita a análise de cobertura, é obrigatória a apresentação do pedido médico indicando a necessidade de fisioterapia domiciliar, com a justificativa técnica acerca da impossibilidade de locomoção e o plano terapêutico emitido pelo profissional fisioterapeuta;
- d. A quantidade de sessões a serem autorizadas ou reembolsadas seguirá a prescrição do plano terapêutico emitido por profissional fisioterapeuta.

6. Critérios de suspensão

- a. Óbito do beneficiário;
- b. Perda do direito à Saúde Petrobras;
- c. Condição que seja uma contraindicação para a realização de fisioterapia;
- d. Melhora do quadro clínico com alta médica e recuperação da autonomia, possibilitando o acompanhamento ambulatorial, respaldada em relatório;
- e. Agravamento do quadro para condições em que haja a necessidade de um suporte multiprofissional ou necessidade de utilização de equipamentos como CPAP ou BIPAP, quando será avaliada a elegibilidade ao Programa de Atenção Domiciliar - PAD;
- f. Internação hospitalar;
- g. Ser incluído no Programa de Atenção Domiciliar - PAD;
- h. Não cumprimento de qualquer dos itens constantes no presente padrão, comprometendo a qualidade do atendimento ao beneficiário, ou contrariando as disposições normativas do Plano AMS ou do programa.

7. Autorização

7.1 Rede credenciada

7.1.1 Para solicitar a autorização, o beneficiário deve, obrigatoriamente, apresentar os seguintes documentos:

- a. O prestador credenciado que solicita o procedimento para fisioterapia domiciliar deverá incluir o pedido médico, indicando a prescrição da fisioterapia domiciliar com a justificativa técnica, fundamentada quanto à restrição de deslocamento do domicílio, e o plano terapêutico definido pelo profissional fisioterapeuta, indicando o número de sessões e a período inicial para o tratamento para análise prévia e emissão da autorização pela operadora, caso atendidos os requisitos;
- b. Caso seja identificada alguma necessidade de contato com o beneficiário, o pedido será tratado pela Saúde Petrobras.

7.1.2 A não apresentação dos documentos listados ensejará a negativa de cobertura.

7.1.3 Serão autorizadas somente sessões de fisioterapia motora e/ou respiratória, na periodicidade definida em plano terapêutico elaborado pelo profissional de fisioterapia.

7.1.4 É obrigatório o envio do plano terapêutico atualizado a cada 30 dias para que as autorizações sejam renovadas.

7.1.5 O tempo inicial de autorização para fisioterapia domiciliar será de 6 (seis) meses ou 180 dias. Após este período, se o beneficiário ainda apresentar demanda de tratamento fisioterápico domiciliar, deverá encaminhar novo pedido médico atualizado e de acordo com o previsto no item 7.1.1 'a'.

- a. A solicitação de prorrogação desta cobertura extrarrol, por período superior a 180 dias, será submetida à análise da operadora, a qual poderá não concordar com a manutenção da cobertura, emitindo justificativa técnica, ocasião em que o

beneficiário será encaminhado para atendimento na rede credenciada ambulatorial do plano.

7.1.6 Tanto o fisioterapeuta como o médico assistente serão os responsáveis pela alta definitiva da fisioterapia em domicílio, bem como pela prorrogação do tratamento, devendo ser apresentado documento comprobatório.

7.2 Livre escolha

7.2.1 Os atendimentos por livre escolha também prescindem de autorização prévia, o que significa que, antes de iniciar o tratamento por livre escolha, é necessário que o beneficiário acione a Saúde Petrobras e encaminhe os documentos previstos no item 7.1.1 'a', a fim de que seja verificada a elegibilidade a esta cobertura.

7.2.2 Após a autorização, o beneficiário poderá iniciar o tratamento com profissional de sua escolha.

7.2.3 Para solicitar a o reembolso, o beneficiário deve, obrigatoriamente, apresentar os seguintes documentos:

- a. Pedido médico indicando a prescrição da fisioterapia domiciliar e a justificativa técnica fundamentada quanto à restrição de deslocamento do domicílio;
- b. Plano terapêutico emitido pelo profissional fisioterapeuta indicando o número de sessões e a periodicidade;
- c. Recibo ou nota fiscal emitido pelo profissional que realizou o atendimento com data posterior à autorização prévia para início do tratamento, conforme item 7.2.1.

7.2.4 Caso o beneficiário já esteja em tratamento fisioterápico antes de sua inclusão na cobertura de fisioterapia em domicílio, para fins de reembolso por livre escolha, serão reembolsados os atendimentos a partir da data de autorização prévia.

8. Prazos

8.1. Prazos de autorização prévia

8.1.1. O prazo de autorização prévia para atendimento na rede credenciada é de até 10 dias úteis, a contar do recebimento completo da documentação obrigatória.

8.1.2. A Saúde Petrobras poderá solicitar documentos complementares para análise acerca da cobertura solicitada, ocasião em que o prazo de autorização será suspenso e será concedido um prazo de até 5 dias úteis para que o documento seja apresentado.

- a. O não envio dos documentos complementares dentro deste prazo ensejará a negativa de cobertura.

8.2. Prazos de reembolso

8.2.1. O reembolso será feito via depósito na conta corrente do titular em até 30 dias corridos, a contar da data de recebimento da documentação completa.

8.2.2. O valor a ser reembolsado será de acordo com a tabela de referência, bem como haverá desconto do valor de coparticipação, conforme tabela de Pequeno Risco.

8.2.3. A conta informada não poderá ser conta-salário, que é exclusiva para receber a remuneração da empresa empregadora, sem permitir fazer outras transações bancárias.

8.2.4. Caso os dados bancários do beneficiário titular estejam desatualizados/incorretos no cadastro da Saúde Petrobras, o reembolso poderá ser reprogramado para o contracheque (caso possua), de forma que o prazo para que ocorra o crédito será de 60 (sessenta) dias a contar da 1ª tentativa de reembolso. Este fato se dá, principalmente, em razão das datas de fechamento da folha de pagamento.

8.2.5. Para todos os beneficiários, é obrigatória a atualização dos dados bancários, especialmente para os beneficiários que não recebem proventos por meio de folha de pagamento.

9. Referências bibliográficas

Legislação da saúde suplementar: disponível no site da ANS
Regulamento dos Planos AMS e SP-AMS02
ACT vigente das patrocinadoras