



CAMPERJ

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Anexo I

DIRETRIZES PARA REEMBOLSO

CAMPERJ - CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO MINISTÉRIO
PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.





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	6
2.1 ACUPUNTURA	6
2.2 DRENAGEM LINFÁTICA	6
2.3 ESCLEROTERAPIA	6
2.4 FISIOTERAPIA	6
2.5 FONOAUDIOLOGIA.....	6
2.6 HIDROTERAPIA	6
2.7 PILATES.....	6
2.8 PSICOTERAPIA	6
2.9 RPG.....	6
2.10 TERAPIA OCUPACIONAL.....	6
2.11 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA.....	7
3. EXAMES COVID-19 E INFLUENZA	7
3.1 SARS-COV-2 RT-PCR (CORONAVÍRUS COVID-19)	7
3.2 EXAMES SOROLÓGICOS COVID - PESQUISA DE ANTICORPOS IGA, IGG OU IGM	7
3.3 ANTI-SARS-COV-2 (COVID-19) ANTICORPOS NEUTRALIZANTES (TUSS 8.80.57.41-7).....	8
3.4 SARS-COV-2 (COVID-19) - TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO (TUSS 4.03.25.02-4).....	8
3.5 PCR EM TEMPO REAL PARA OS VÍRUS DE INFLUENZA (TUSS 4.04.04.15-3)	8
3.6 PESQUISA RÁPIDA PARA INFLUENZA A E B (TUSS 4.03.23.67-6).....	8



CAMPERJ

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



4. OUTROS REEMBOLSOS	9
4.1 REEMBOLSO DE LENTE INTRAOCULAR	9
4.2 REEMBOLSO DISPOSITIVO DIU HORMONAL.....	9
4.3 EXAMES DE RX E ULTRASSONOGRRAFIA	9
4.4 TOMOSSÍNTESE DIGITAL MAMÁRIA (TUSS 4.10.01.32.0)	9
4.5 APARELHO AUDITIVO.....	9
5. REEMBOLSO DE INTERNAÇÕES	10
5.1 INTERNAÇÕES	10
5.2 INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	10
6. VACINAS (rol taxativo das vacinas passíveis de reembolso):	11





A CAMPERJ, cumprindo seu dever de dar publicidade e transparência, informa que, nos termos da cobertura oferecida pelo plano de assistência à saúde disponibilizado aos seus beneficiários, a área geográfica territorial de abrangência coberta pelo plano da CAMPERJ se limita ao estado do Rio de Janeiro, com cobertura nos demais estados brasileiros apenas nos casos de urgência e emergência por meio do convênio estabelecido junto a Unimed Rio. Na capital do Rio de Janeiro, os atendimentos eletivos são oferecidos exclusivamente pela rede credenciada da própria CAMPERJ. Por outro lado, por meio do convênio com a CAMPERJ, a rede credenciada da Unimed Rio, nos demais municípios do Estado do Rio de Janeiro, deve ser utilizada para os atendimentos eletivos e de urgência e emergência.

As diretrizes acima descritas se referem tanto à cobertura por meio da rede credenciada quanto à cobertura por livre escolha, ou seja, reembolso.



1. CONSULTAS MÉDICAS / VISITA HOSPITALAR

1.1 **CONSULTA MÉDICA EM CONSULTÓRIO:** reembolso de até R\$ 110,00 (cento e dez reais);

1.2 **CONSULTA NUTRICIONAL EM CONSULTÓRIO:** reembolso de até R\$ 110,00 (cento e dez reais);

1.3 **CONSULTA MÉDICA DOMICILIAR:** reembolso de até R\$ 220,00 (duzentos e vinte reais), com declaração médica justificando o motivo da consulta domiciliar;

OBS 1.: Reembolso de retorno de consulta em consultório, com prazo inferior a 15 (quinze) dias, somente mediante justificativa médica.

OBS 2.: Nos casos de consultas remotas, quando e nos termos autorizados pelo Conselho Federal de Medicina ou conselho federal de classe, o pedido de reembolso só será aceito quando, no documento fiscal ou em declaração complementar, devidamente assinada pelo prestador do serviço, declarar expressamente a modalidade do atendimento.

1.4 **VISITA MÉDICA HOSPITALAR:** reembolso de até R\$ 220,00 (duzentos e vinte reais), uma visita por dia. Havendo mais de uma visita por dia, deverá ter justificativa médica.

OBS.: Haverá acréscimo de 30% (trinta por cento) no valor, em qualquer horário, aos sábados, domingos e feriados, ou seja, R\$ 286,00 (duzentos e oitenta e seis reais).



2. TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS/SERIADOS

As solicitações de reembolso devem vir acompanhadas de prescrição médica, com justificativa para o tratamento.

2.1 **ACUPUNTURA:** reembolso de até R\$ 50,00 (cinquenta reais), por consulta/sessão;

2.2 **DRENAGEM LINFÁTICA:** reembolso de até R\$ 40,00 (quarenta reais), por sessão;

OBS: só há reembolso para drenagem linfática nos casos de:

- a) **Linfedema decorrente de câncer;**
- b) **Linfedema decorrente de cirurgia vascular.**

2.3 **ESCLEROTERAPIA:** reembolso de até R\$ 51,45 (cinquenta e um reais e quarenta e cinco centavos), por sessão;

2.4 **FISIOTERAPIA:** reembolso de até R\$ 25,00 (vinte e cinco reais), por sessão, em consultório.

2.4.1 Fisioterapia Domiciliar: R\$ 45,00 (quarenta e cinco reais), por sessão;

2.5 **FONOAUDIOLOGIA:** reembolso de até R\$ 60,00 (sessenta reais) por sessão, para atendimento em consultório ou domiciliar;

2.6 **HIDROTERAPIA:** reembolso de até R\$ 25,00 (vinte e cinco reais), por sessão;

2.7 **PILATES:** reembolso de até R\$ 30,00 (trinta reais), por sessão;

2.8 **PSICOTERAPIA:** reembolso de até R\$ 80,00 (oitenta reais), por sessão, em consultório.

2.8.1 Psicoterapia Domiciliar: R\$ 160,00 (cento e sessenta reais), por sessão;

2.9 **RPG:** reembolso de até R\$ 40,00 (quarenta reais), por sessão;

2.10 **TERAPIA OCUPACIONAL:** reembolso de até R\$ 60,00 (sessenta reais);



2.11 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA: o valor para reembolso é de até R\$ 1.750,00 (um mil setecentos e cinquenta reais), será reembolsado uma única avaliação por ano para cada beneficiário.

A cobertura para a Avaliação Neuropsicológica por livre escolha (reembolso) depende de autorização prévia. A requisição para a avaliação prévia deve conter o nome do beneficiário, a justificativa para o encaminhamento da avaliação com relatório do paciente e laudos.

3. EXAMES COVID-19 E INFLUENZA

3.1 SARS-COV-2 RT-PCR (CORONAVÍRUS COVID-19): a partir de 30/04/2020, passou a ser coberto o exame, desde que apresentado pedido médico com justificativa técnica, limitado a 01 (um) exame por beneficiário, com os seguintes valores:

- a. Reembolsado até o valor de R\$ 160,00 (cento e sessenta reais), quando realizado em unidade hospitalar;
- b. Reembolsado até o valor de R\$ 210,00 (duzentos e dez reais), quando realizado em unidade ambulatorial;
- c. Reembolsado até o valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais), quando realizado em domicílio, sendo necessária justificativa médica.

3.2 EXAMES SOROLÓGICOS COVID - PESQUISA DE ANTICORPOS IGA, IGG OU IGM: o procedimento passou a ter cobertura, a partir do dia 29/06/2020, nos casos em que o paciente apresente ou tenha apresentado um dos quadros clínicos descritos a seguir:

- **Síndrome Gripal:** quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou coriza ou dificuldade respiratória;
- **Síndrome Respiratória Aguda Grave:** desconforto respiratório/dificuldade para respirar ou pressão persistente no tórax ou saturação de oxigênio menor do que 95% em ar ambiente ou coloração azulada dos lábios ou rosto.



O pedido de sorologia deverá ser realizado por médico e devidamente justificado, conforme as diretrizes técnicas estabelecidas, encaminhado para a solicitação de autorização prévia da Auditoria Médica da CAMPERJ, que terá até 2 (dois) dias úteis para emitir o parecer.

É importante salientar que os exames de sorologia estão limitados a 01 (um) exame por mês, por beneficiário, sendo reembolsado até R\$ 200,00 (duzentos reais).

3.3 ANTI-SARS-COV-2 (COVID-19) ANTICORPOS NEUTRALIZANTES (TUSS 8.80.57.41-7): neste caso, faz-se necessária a apresentação do pedido médico com indicação clínica e, também, autorização prévia para a realização do exame que é reembolsado conforme valor de R\$ 175,30 (Cento e setenta e cinco reais e trinta centavos);

3.4 SARS-COV-2 (COVID-19) - TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO (TUSS 4.03.25.02-4): o procedimento passou a ter cobertura obrigatória, a partir da data de realização de 19/01/2022, nos casos em que houver indicação médica, para pacientes com Síndrome Gripal (SG) ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), quando os sintomas estiverem na janela ótima de utilização, ou seja, entre o 1º e o 7º dia de início dos sintomas, conforme Resolução Normativa 478/2022. Para o reembolso, são necessários, além da nota fiscal, a apresentação do pedido médico com indicação clínica de acordo com a Diretrizes de Utilização descritas no rol da ANS, quando realizados em prestadores não-credenciados, será reembolsável até o valor de R\$ 130,00 (Cento e trinta reais).

3.5 EXAMES INFLUENZA: é necessário pedido médico com indicação clínica para os seguintes exames de influenza:

3.6 PCR EM TEMPO REAL PARA OS VÍRUS DE INFLUENZA (TUSS 4.04.04.15-3): reembolso de até R\$ 239,00 (Duzentos e trinta e nove reais);

3.7 PESQUISA RÁPIDA PARA INFLUENZA A E B (TUSS 4.03.23.67-6): reembolso de até 140,00 (Cento e quarenta reais).



4. OUTROS REEMBOLSOS

4.1 **REEMBOLSO DE LENTE INTRAOCULAR:** reembolso de até R\$ 4.000,00 (quatro mil reais), por lente, apresentando relatório médico da cirurgia;

4.2 **REEMBOLSO DISPOSITIVO DIU HORMONAL:** reembolso de até R\$ 900,00 (novecentos reais) para o dispositivo, apresentando relatório médico;

4.3 **EXAMES DE RX E ULTRASSONOGRAFIA:** quando realizados **em domicílio**, com a devida prescrição médica justificando essa particularidade analisada pela Auditoria Médica, são reembolsados em dobro, ou seja, duas vezes o valor normal indicado pela tabela CBHPM, ano 2016, limitando-se aos exames com cobertura pelo rol da ANS;

4.4 **TOMOSSÍNTESE DIGITAL MAMÁRIA (TUSS 4.10.01.32.0):** não consta no Rol ANS. Para a realização do exame, é necessária autorização prévia com justificativa médica. O valor a ser reembolsado para este exame é de R\$ 628,85 (pacote com MAT/MED e HM incluído);

4.5 **APARELHO AUDITIVO:** Reembolso no valor de até R\$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais) por aparelho prescrito. Cada beneficiário, a depender do diagnóstico, da prescrição médica e da cópia do exame de audiometria, terá direito ao reembolso de até 2 (dois) aparelhos auditivos a cada 1 (um) ano.

5. REEMBOLSO DE INTERNAÇÕES

5.1 INTERNAÇÕES:

Descrição:	Valor
Diária de acompanhante	R\$ 158,79
Diária apartamento adulto	R\$ 988,10
Diária apartamento pediátrico	R\$ 1.006,56
Diária day clinic (ap até 12hs)	R\$ 501,82
Diária day clinic (ap até 12hs) pediátrico	R\$ 511,20
Diária de unidade semi-intensiva (usi)	R\$ 3.176,06
Diária de unidade semi-intensiva (usi) pediátrico	R\$ 3.235,41
Diária de UTI adulto geral (Classe 6)	R\$ 8.398,89
Diária de unid. Pediátrica (classe 6)	R\$ 8.555,88

5.2 INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA:

Código	Descrição	Valor
10101012	Consulta Em Consultório (No Horário Normal Ou Preestabelecido)	R\$ 276,05
20104170	Sessão De Electroconvulsoterapia (Em Sala Com Oxímetro De Pulso, Monitor De Ecg, Eeg), Sob Anestesia	R\$ 1.626,75
60000554	Diária de Apartamento Simples	R\$ 709,86
60000775	Diária e Hospital Dia Apartamento	R\$ 276,05
60034416	Diária de Enfermaria de Psiquiatria	R\$ 611,26



6. VACINAS (rol taxativo das vacinas passíveis de reembolso):

A requisição médica deverá ser anexada ao pedido de reembolso de vacinas.

CÓDIGOS	DESCRIÇÃO	VALOR
90000001	Vacina BCG	R\$ 85,00
90000002	Vacina Colera	R\$ 115,00
90000003	Vacina Dengue	R\$ 220,00
90000004	Vacina DTP acelular (AD)	R\$ 186,27
90000005	Vacina DTP acelular (INF)	R\$ 79,72
90000006	Vacina DTP acelular + Polio Inat (Tetraivalente Bacteriana)	R\$ 193,74
90000007	Vacina DTP acelular + HIB + POLIO	R\$ 317,53
90000008	Vacina DTP acelular + HIB + POLIO + HB (Hexavalente)	R\$ 329,71
90000009	Vacina Febre Amarela	R\$ 172,22
90000010	Vacina Febre Tifoide	R\$ 110,30
90000011	Vacina gripe (Trivalente)	R\$ 95,00
90000012	Vacina gripe INF (Quadrivalente)	R\$ 95,00
90000014	Vacina gripe AD (Quadrivalente)	R\$ 95,00
90000015	Vacina Haemophilus B	R\$ 61,15
90000016	Vacina Hepatite A (AD)	R\$ 165,00
90000017	Vacina Hepatite A (INF)	R\$ 132,74
90000018	Vacina Hepatite A + B	R\$ 179,84
90000019	Vacina Hepatite B (AD)	R\$ 99,02
90000020	Vacina Hepatite B (INF)	R\$ 61,15
90000023	Vacina HPV (Bivalente)	R\$ 371,29
90000024	Vacina HPV (Quadrivalente)	R\$ 532,69




CÓDIGOS	DESCRIÇÃO	VALOR
90000025	Vacina Meningite ACWY	R\$ 386,09
90000026	Vacina Meningite C	R\$ 196,56
90000027	Vacina Meningite B	R\$ 705,35
90000028	Vacina Pneumococica 23V	R\$ 105,00
90000029	Vacina Pneumococica 13v (Prevenar)	R\$ 321,39
90000030	Vacina raiva	R\$ 140,88
90000031	Vacina Rotavirus (Pentavalente)	R\$ 282,61
90000032	Vacina SCR (TRÍPLICE VIRAL)	R\$ 77,00
90000033	Vacina Tetano	R\$ 55,00
90000034	Vacina Varicela	R\$ 205,00
90000035	Vacina Varicela + Sarampo + Caxumba + Rubéola (Tetraviral)	R\$ 283,77
90000036	Vacina Herpes Zoster	R\$ 567,24
90000040	Vacina Imunoglobulina Anti-fator Rh	R\$ 394,90
90000041	Tuberculina (Teste para investigação de tuberculose)	R\$ 200,00
90000054	Refortrix	R\$ 169,00
20104146	Imunoterapia	R\$ 108,46


Setor de Relacionamento com Beneficiários


22 | MARÇO | 2022

Rio de Janeiro – RJ




 **SAC 0800 580-2428**
Central de Atendimento (21) 2224-9688

 www.camperj.com.br

 camperj@camperj.com.br

SEDE

 Rua do Ouvidor, 60 - 6º andar – Centro - Rio de Janeiro
Cep: 20040-030

 **Posto de Atendimento no MP**
Rua Marechal Câmara, 370 - 4º andar - Centro - Rio de Janeiro

