



DIU – Dispositivo Intra-Uterino

Julho/2015

I – REGRAS GERAIS

1. Definição

- a. O Dispositivo Intra-Uterino - DIU consiste em um dispositivo contraceptivo a ser colocado no útero da mulher, com a finalidade impedir a fecundação.

2. Cobertura:

- b. A cobertura abrange os honorários médicos e o dispositivo, limitada aos valores constantes das tabelas adotadas pelo PRO-SOCIAL.
- c. Códigos utilizados:
 - d. 3.13.03.26-9: Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal, ou
 - e. 3.13.03.29-3: Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal.
- d. **O dispositivo será coberto exclusivamente por meio de reembolso.**

3. Autorização prévia:

- e. O procedimento requer a autorização prévia pela administração do Programa, tanto na modalidade de livre-escolha, quanto na Rede Credenciada.
- f. A autorização será feita no pedido médico original, o qual deverá ser apresentado pelo paciente ao hospital onde será realizado o procedimento.
- g. A realização do procedimento sem autorização prévia é de inteira responsabilidade do beneficiário, não sendo passível de reembolso.

4. Custeio:

- h. Haverá incidência de custeio de **10%** (dez por cento) à conta do beneficiário titular, nos termos do art. 58 da Resolução/Presi/Secbe 9, de 23/04/2014.

5. Reembolso:

- i. Os tratamentos realizados pelo sistema de livre-escolha (fora da Rede Credenciada) seguem os mesmos critérios e procedimentos estabelecidos para os serviços prestados por profissionais ou instituições credenciadas, inclusive no que se refere às autorizações prévias, para direito ao reembolso. ([Ver Rotina de Reembolso](#)).

II – ROTINA

1. O beneficiário deverá apresentar a documentação necessária a autorização do procedimento ao **gabinete da SECBE**, se vinculado ao TRF ou à SEBES, se vinculado a Seccional, conforme segue:
 - a) pedido médico original, constando o CID ou diagnóstico;
 - b) relatório médico justificando o procedimento.
2. A administração autuará o PAe com a documentação apresentada e o encaminhará para análise da auditoria/perito médico.
3. O beneficiário titular será informado, via e-mail, da decisão expedida com fundamento no parecer da auditoria/perito médico.
4. O procedimento deverá ser agendado somente após a autorização pelo Programa.
5. Optando a beneficiária pela utilização da livre escolha, quanto ao profissional e/ou clínica, e se cumprida a tramitação prévia, relativa à autorização do procedimento pleiteado, terá direito ao reembolso, limitado ao valor constante das tabelas adotadas pelo Programa. ([Ver Rotina de Reembolso](#)).

ENDEREÇO ELETRÔNICO: PRO-SOCIAL/ ROTINAS DE ATENDIMENTO/ ÁREA MÉDICA
