

REEMBOLSO DE MEDICAMENTO

Este tutorial se refere aos procedimentos necessários para o reembolso de medicamento.

Abaixo está a ordem dos passos a seguir:



1. INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

1.1. Autorização Prévia:

Para solicitar o reembolso de medicamento de uso crônico, **é indispensável obter autorização prévia**. Isso significa que **ANTES** de comprar o medicamento, o associado deve aguardar o recebimento, por e-mail, do parecer de deferimento da autorização prévia. Somente após esse recebimento é que o(s) medicamento(s) poderá(ão) ser comprado(s) com garantia de elegibilidade para o reembolso.

O parecer será enviado para o e-mail cadastrado na solicitação no prazo de até **7 dias úteis** a contar da solicitação. É fundamental verificar a caixa de entrada e a de spam e garantir que os dados informados estejam corretos.

A autorização prévia para o reembolso de medicamento de uso crônico é **válida até o fim do exercício financeiro** em que forem emitidas.

Exemplo: Se a autorização prévia foi emitida em 2025 ela poderá valer no máximo até 31/12/2025.

1.2. Patologias consideradas crônicas

As patologias consideradas crônicas, para efeito de concessão de auxílio-medicação, são listadas no AMD 163/2023, a saber:

- I – Artrite reumatoide;
- II – Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
- III – Autismo;
- IV – Diabetes Mellitus;
- V – Doença de Alzheimer;
- VI – Doença de Paget;
- VII – Doença de Parkinson;
- VIII – Doença renal crônica estágios 4 e 5;
- IX – Epilepsia;
- X – Esclerose múltipla;
- XI – Espondilite anquilosante;
- XII – Glaucoma (excluídos colírios lubrificantes);
- XIII – Insuficiência cardíaca;
- XIV – Lúpus Eritematoso Sistêmico;
- XV – Neoplasia maligna;
- XVI – Paralisia irreversível e incapacitante;
- XVII – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

1.3. Carência

O prazo de carência para reembolso de medicamento de uso crônico é de **180 dias**. Ou seja, só depois de ter **180 dias** de inscrição no Fascal é que o associado poderá comprar o medicamento reembolsável. Esse prazo não se aplica para quem teve essa carência aproveitada em processo de aproveitamento de carências.

1.4. Valores de reembolso

1.4.1. Teto limite para pagamento: O teto de reembolso de medicamento é de R\$ 297,11 (duzentos e noventa e sete reais e onze centavos), limitado ao valor total da mensalidade paga pelo beneficiário do Fascal que usa o medicamento.

1.4.2. Cálculo do valor a ser pago: Será reembolsado 50% do valor pago pelo associado ou do valor fixado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED/Anvisa, o que for menor e considerando o teto limitador para pagamento.

1.5. Prazo para a solicitação

Após receber a autorização prévia, o associado possui **até 90 dias** da data de emissão da Nota Fiscal ou do Recibo para apresentar seu pedido de reembolso ao Fascal. Se o documento fiscal for apresentado após os 90 dias de sua emissão, o pedido de reembolso será indeferido.

1.6. Documentos que deverão ser anexados

1.6.1. Autorização Prévia

- a) Receita médica, contendo o nome do medicamento, a concentração, a quantidade e o modo como a substância será utilizada;
- b) Relatório médico, que deve relatar a situação do paciente e o motivo do uso do medicamento em análise.

1.6.2. Reembolso

- a) Parecer de deferimento, que o Fascal envia para o e-mail cadastrado na solicitação de autorização prévia;
- b) Nota Fiscal ou Recibo - Após a compra do medicamento, o associado deverá solicitar a Nota Fiscal ou o Recibo contendo os dados abaixo para então realizar o pedido de reembolso desse serviço.

1.7. Informações necessárias na Nota Fiscal ou no Recibo

A Resolução do Fascal indica o que deve conter na Nota Fiscal ou no Recibo:

- a) nome do responsável pelo pagamento;
- b) nome do associado assistido, caso não seja o tomador de serviço na Nota Fiscal;
- c) especificação do serviço - Detalhar o medicamento comprado;
- d) valor e data do pagamento;
- e) dados do prestador de serviço, especialmente nome, número de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ ou no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF e o número de registro no conselho profissional;
- f) nome e assinatura do responsável pelo recebimento ou, no caso de nota fiscal eletrônica, indicação de endereço eletrônico para conferência de autenticidade.

OBS.: É essencial que o documento fiscal contenha o **nome e o CPF da pessoa que usa o medicamento**.

1.8. Prazo para pagamento

O Fascal analisa os pedidos de reembolso e os paga (em caso de deferimento) até o último dia do mês seguinte à solicitação.

2. SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE AUXÍLIO-MEDICAMENTO

Para ter direito ao auxílio-medicamento de uso crônico, inicialmente o associado deverá solicitar sua autorização prévia. Esse pedido de autorização prévia poderá ser realizado tanto pelo aplicativo do Fascal, como pelo portal do Fundo.

2.1. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PARA AUXÍLIO-MEDICAMENTO PELO APLICATIVO DO FASCAL

No **aplicativo do Fascal**, após realizar o login, selecione o menu “**Fale Conosco**” e clique em “Registrar”. Depois, preencha o campo “E-mail” com o e-mail em que você receberá o parecer de deferimento ou indeferimento da autorização prévia para o auxílio-medicamento de uso crônico.

Em “Categoria”, selecione “**Solicitação de concessão de uso de medicamento**”.

Em “anexos”, clique em “INCLUIR” para anexar o(a):

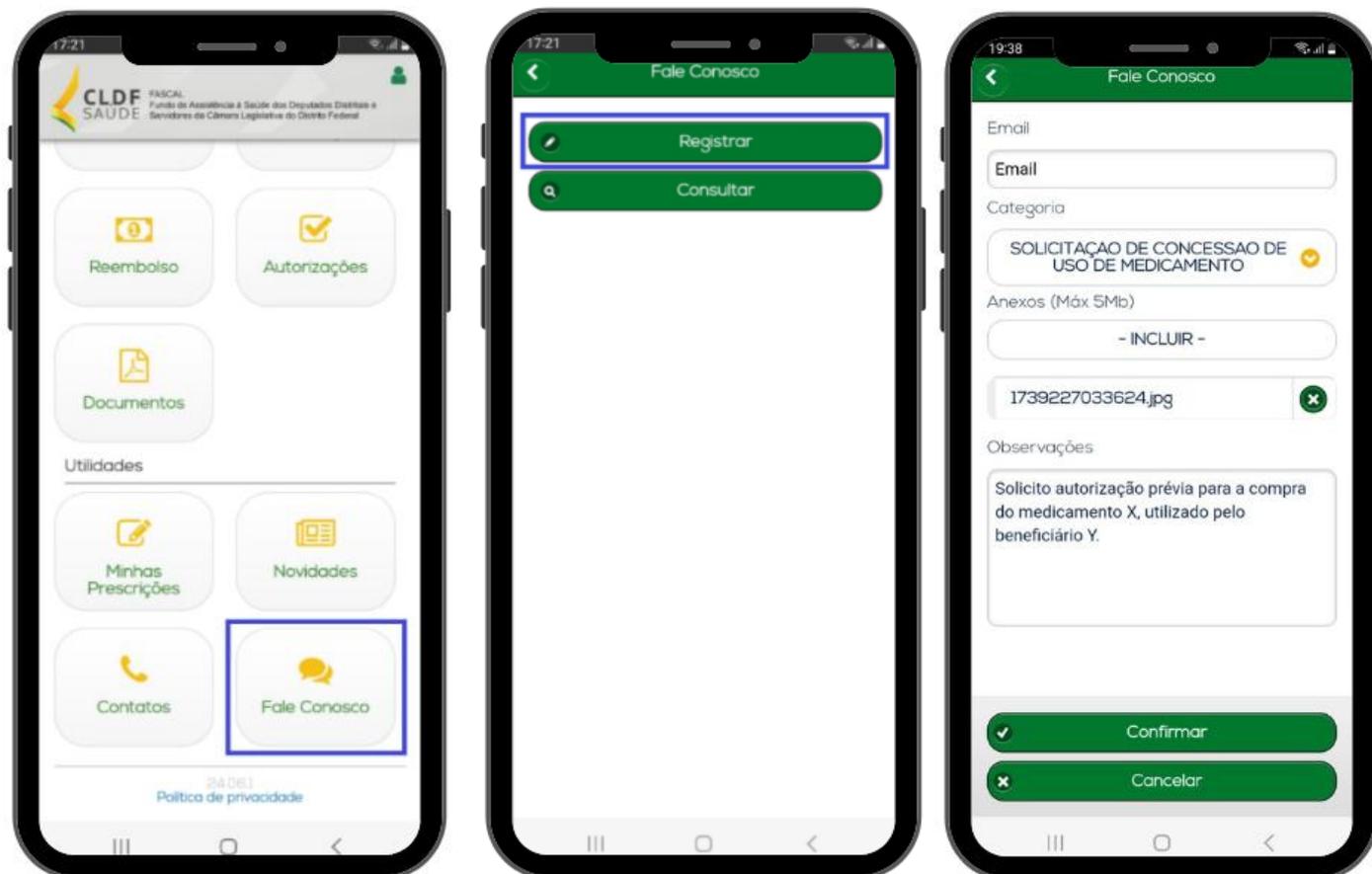
- a) **Receita médica**, contendo o nome do medicamento, a concentração, a quantidade e o modo como a substância será utilizada;
- b) **Relatório médico**, que deve relatar a situação do paciente e o motivo do uso do medicamento em análise.

Só um documento pode ser anexado por vez. Então, caso necessário, repita a operação com todos os documentos.

No campo “Observações”, detalhe o pedido, indicando o(s) medicamento(s) a ser(em) analisado(s).

Exemplo: “Solicito autorização prévia para a compra do medicamento X, utilizado pelo beneficiário Y”.

Por fim, clique em “Confirmar”.



Um número de protocolo será gerado.

Você poderá acompanhar o andamento da solicitação no aplicativo do Fascal, clicando no menu “Fale Conosco” e depois em “Consultar”. Coloque o período em que a solicitação foi realizada e clique em “Consultar” para ver os protocolos. Clicando em um protocolo, uma página se abre com o status do pedido.

Após a análise do Fascal, o associado receberá o parecer de deferimento ou indeferimento por e-mail. **Apenas após o recebimento do parecer de deferimento é que o associado poderá comprar o(s) medicamento(s) deferido(s).**

Na compra do medicamento, o associado deverá solicitar a Nota Fiscal ou o Recibo contendo os dados apresentados no início deste tutorial para então realizar o pedido de reembolso do(s) medicamento(s).

2.2. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PARA AUXÍLIO-MEDICAMENTO PELO PORTAL DO FASCAL

Caso deseje realizar o pedido de autorização prévia de auxílio-medicamento pelo **Portal do Fascal**, faça seu login por meio do site <https://novowebplanfascal.facilinformatica.com.br/Home/Index>.

Clique no menu “Fale Conosco” e selecione a opção “Registro”.



Na próxima tela, em “Categoria”, escolha a opção **“Solicitação de concessão de uso de medicamento”**.

Em “E-mail”, coloque o e-mail em que você receberá o parecer de deferimento ou indeferimento da autorização prévia.

Em “Registro”, detalhe o pedido, indicando o(s) medicamento(s) a ser(em) analisado(s).

Exemplo: “Solicito autorização prévia para a compra do medicamento X, utilizado pelo beneficiário Y”.

Em “Tipo Arquivo”, selecione a opção “Pedido Médico”.

Depois, clique no ícone com uma seta para cima () para anexar o(a):

- Receita médica**, contendo o nome do medicamento, a concentração, a quantidade e o modo como a substância será utilizada;
- Relatório médico**, que deve relatar a situação do paciente e o motivo do uso do medicamento em análise.

Clique no ícone “Adicionar Arquivo”.

Só um documento pode ser anexado por vez. Então, caso necessário, repita a operação com todos os documentos.

Por fim, clique em “Salvar”.

Um número de protocolo será gerado. Esse protocolo poderá ser acompanhado no menu “Fale Conosco” do Portal do Fascal, opção “Consulta”. Basta colocar a data em que a solicitação foi realizada e clicar em “Pesquisar” para verificar o status do pedido.

Após a análise do Fascal, o associado receberá o parecer de deferimento ou indeferimento por e-mail. **Apenas após o recebimento do parecer de deferimento é que o associado poderá comprar o(s) medicamento(s) deferido(s).**

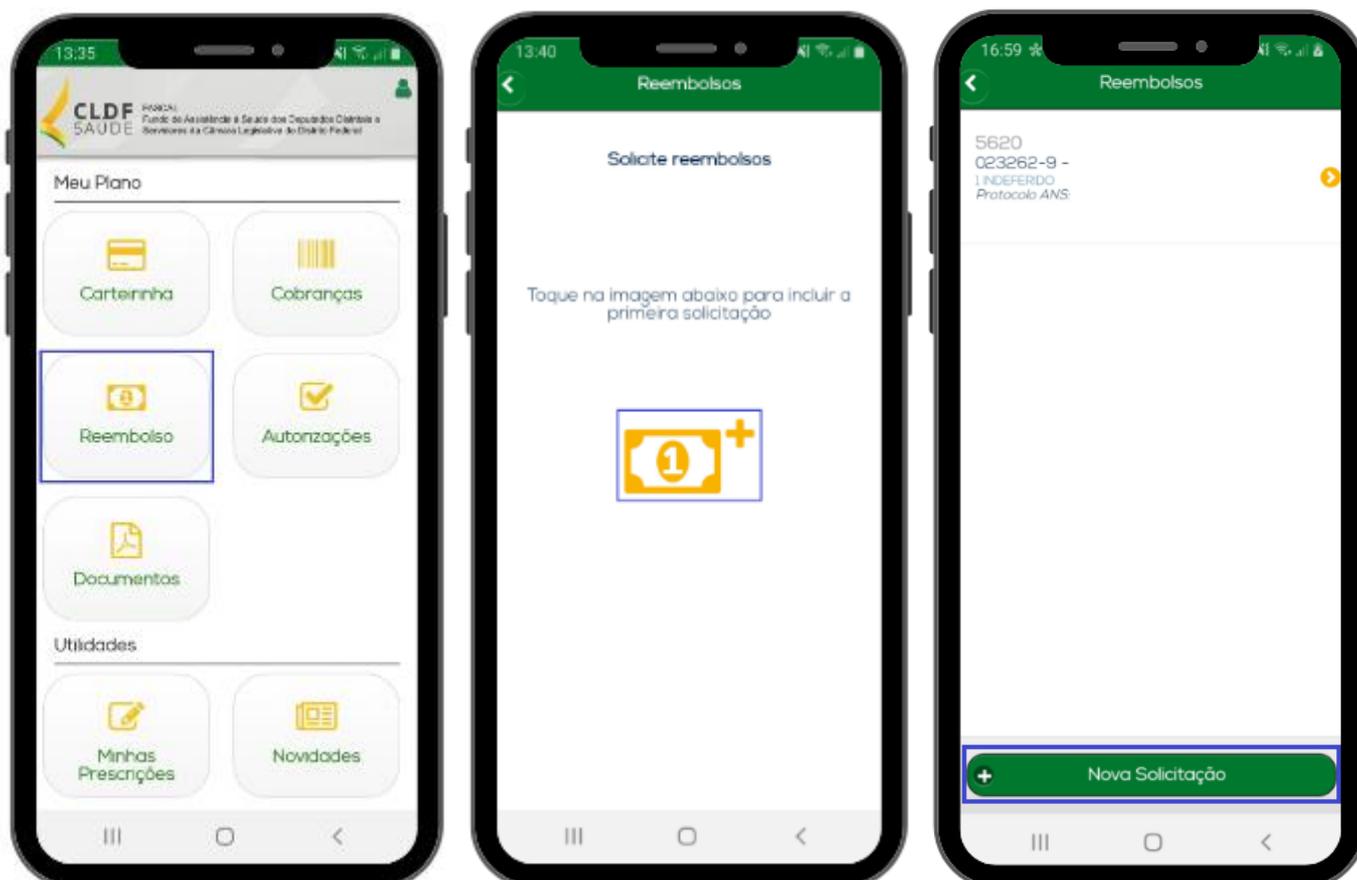
Na compra do medicamento, o associado deverá solicitar a Nota Fiscal ou o Recibo contendo os dados apresentados no início deste tutorial para então realizar o pedido de reembolso do(s) medicamento(s).

3. SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTO

Após o recebimento do parecer de deferimento da autorização prévia por e-mail, da compra do(s) medicamento(s) e do recebimento da respectiva nota fiscal (ou do recibo), o associado poderá solicitar o auxílio-medicamento tanto pelo aplicativo do Fascal, como pelo portal do Fundo.

3.1. PEDIDO DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTO PELO APLICATIVO DO FASCAL

No **aplicativo “Fascal”**, após realizar o login, selecione o menu **“Reembolso”** e toque na imagem em amarelo ou clique em **“Nova Solicitação”** para solicitar o reembolso.



Na página seguinte:



No campo “CPF ou CNPJ”, indique o CPF ou o CNPJ da pessoa jurídica em que o beneficiário comprou o medicamento.

No campo “Nome”, indique o nome da empresa em que o medicamento foi comprado, caso o campo não seja preenchido automaticamente.

Os campos “Especialidade”, “Conselho - Número de registro”, “Conselho - Sigla”, “Conselho - UF” não são obrigatórios.

No campo “Data Recibo/NF”, coloque a data do recibo ou da nota fiscal de maior valor.

No campo “Nº Recibo/NF”, coloque o número do recibo ou da nota fiscal de maior valor.

No campo “Deseja detalhar os procedimentos?”, marque “Não”.

No campo “Escolha o tipo de procedimento”, selecione “Médico / Medicamentos”.

Clique em “Continuar”.



Na próxima tela, no campo “Beneficiário”, selecione o associado que utiliza o medicamento.

No campo “Data”, coloque a data em que o(s) medicamento(s) foi(foram) comprado(s), conforme Nota Fiscal ou Recibo.

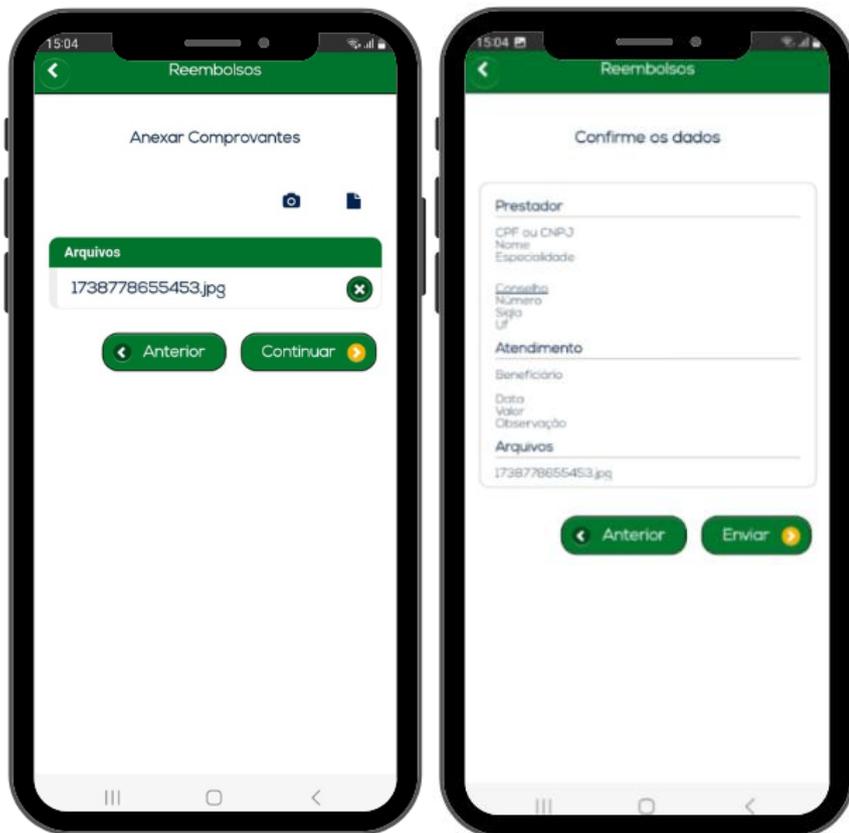
No campo “Valor”, coloque o valor pago, conforme Nota Fiscal ou Recibo.

No campo “Observação”, detalhe o pedido, indicando o(s) medicamento(s) a ser(em) analisado(s).

Exemplo: “Solicito reembolso referente à compra do(s) medicamento(s) X, utilizado(s) pelo beneficiário Y”.

Clique em “Continuar”

Na próxima tela, confirme o valor pago no medicamento, clicando em “Sim”.



Na tela seguinte, inclua o Parecer de Autorização Prévia e a Nota Fiscal ou o Recibo do(s) medicamento(s), contendo as informações descritas no início deste tutorial.

Para anexar esses arquivos, clique no ícone da câmera fotográfica para tirar uma foto do documento ou clique no ícone do papel para selecionar um documento já salvo no celular.

Só um documento pode ser anexado por vez. Então, caso necessário, repita a operação com todos os documentos.

Após a inclusão de todos os documentos, clique em “Continuar”.

Na próxima tela, após conferir os dados, clique em “Enviar”.

Um número de protocolo será gerado. Clique em “Ok”.

Para acompanhar o protocolo, basta voltar à tela inicial do aplicativo do Fascal e clicar no menu “Reembolso”.

O Fascal analisa os pedidos de reembolso e os paga (em caso de deferimento) até o último dia do mês seguinte à solicitação.

Caso a solicitação de reembolso seja indeferida, o associado poderá ver a justificativa no campo “Motivo indeferimento”.

3.2. PEDIDO DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTO PELO PORTAL DO FASCAL

O pedido de auxílio-medicamento também poderá ser realizado pelo **portal do Fascal**, disponível na página inicial do site do Fundo. O seu link é <https://novowebplanfascal.facilinformatica.com.br/GuiasTISS/Logon>.

Após o login, clique no menu “Meus Serviços” e selecione a opção “Solicitação de reembolso”.



Em “Dados do Prestador”:

O formulário "Dados do Prestador" contém os seguintes campos:

- CPF/CNPJ: Campo obrigatório.
- Nome: Campo obrigatório.
- Especialidade: Dropdown menu com "Selecione --".
- N. Conselho Profissional: Campo obrigatório.
- Conselho Profissional: Dropdown menu com "Selecione --".
- UF Conselho Profissional: Dropdown menu com "Selecione --".
- Nº Recibo/NF: Campo obrigatório.
- Data Recibo/NF: Campo obrigatório com ícone de calendário.
- Beneficiário: Dropdown menu com "Selecione --". Campo obrigatório.
- CPF: Campo obrigatório.
- Contato: Telefone, Celular, E-mail.
- Dados Bancários: Banco, Agência, Conta.

Atenção! Os dados alterados são apenas informativos, não reflete alteração no cadastro.

No campo “CPF ou CNPJ”, indique o CPF ou o CNPJ da pessoa jurídica em que o beneficiário comprou o medicamento.

No campo “Nome”, indique o nome da empresa em que o medicamento foi comprado, caso o campo não seja preenchido automaticamente.

Os campos “Especialidade”, “N. Conselho Profissional”, “Conselho Profissional” e “UF Conselho Profissional” não são obrigatórios.

No campo “Nº Recibo/NF”, coloque o número do recibo ou da nota fiscal de maior valor.

No campo “Data Recibo/NF”, coloque a data do recibo ou da nota fiscal de maior valor.

Em “Dados do Beneficiário”:

No campo “beneficiário”, selecione o associado que utiliza o medicamento.

Os campos “CPF”, “Telefone”, “Celular”, “E-mail”, “Banco”, “Agência” e “Conta” são preenchidos automaticamente.

Em “Procedimento”:

O formulário "Procedimento" contém os seguintes campos:

- Deseja informar o procedimento?: Sim, Não (selecionado).
- Tipo de procedimento reembolsado: Médico, Med. Odontológico Contínuo, Med. Comum.
- Data de Atendimento: Campo obrigatório com ícone de calendário.
- Tipo de Atendimento: Dropdown menu com "Selecione --".
- Valor R\$: Campo obrigatório.
- Observação: Campo obrigatório.
- Anexos: Arquivo (ícone de upload), Adicionar Arquivo.

Você pode arrastar e soltar arquivos aqui. Tamanho máximo permitido: 5mb.

No campo “Deseja informar o procedimento?”, marque “Não”.

No campo “Tipo de procedimento reembolsado”, selecione “Medicamento Contínuo” ou “Medicamento Comum”, conforme o caso.

No campo “Data de Atendimento”, coloque a data da Nota Fiscal ou do Recibo de maior valor.

O campo “Tipo de Atendimento” não é obrigatório.

No campo “Valor R\$”, coloque o valor da soma de todas as notas fiscais e/ ou de todos os recibos.

No campo “Observação”, detalhe o pedido, indicando o(s) medicamento(s) a ser(em) analisado(s).

Exemplo: “Solicito reembolso referente à compra do(s) medicamento(s) X, utilizado(s) pelo beneficiário Y”.



Em “**Anexos**”, o associado deverá incluir o Parecer de Autorização Prévia e a Nota Fiscal ou o Recibo do(s) medicamento(s), contendo as informações descritas no início deste tutorial.

Clique no ícone com uma seta para cima para selecionar o documento a ser anexado.



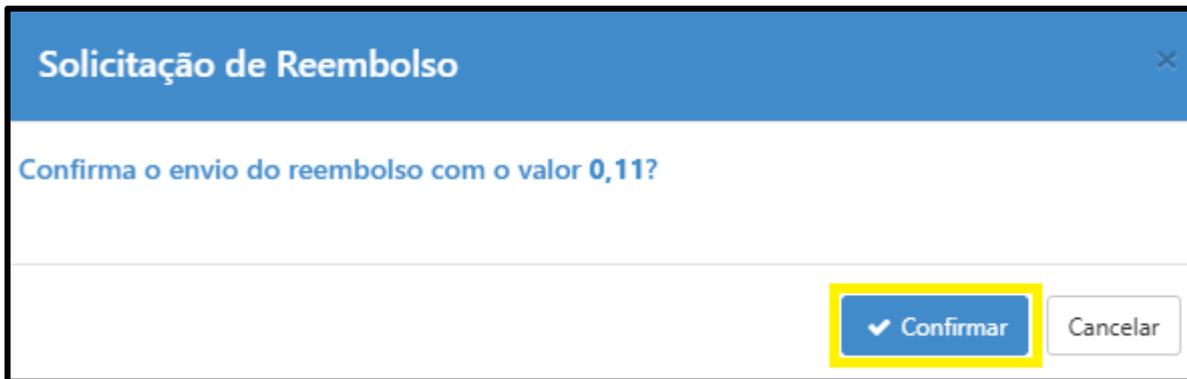
Após clique no ícone “Adicionar Arquivo”.

Só um documento pode ser anexado por vez. Então, caso necessário, repita a operação com todos os documentos.



Clique em “Solicitar”.

Na próxima tela, após conferir os dados, clique em “Confirmar”.



Pronto! Para acompanhar o protocolo, basta voltar à tela inicial do portal do Fascal, clicar no menu “Meus Serviços” e depois selecionar a opção “Consulta de Reembolsos”.



Na próxima página, o usuário poderá filtrar seus reembolsos conforme a data de solicitação. O código corresponde ao número do protocolo de reembolso.

Consulta de Reembolsos

Filtros

Beneficiário: x Prestador (CPF/CNPJ):

Protocolo: Protocolo ANS:

Data Início: 01/01/2025 Data Fim: 04/02/2025

Beneficiário:
Código: 6565 Protocolo ANS: Data Entrega: 04/02/2025 Origem: Webplan Nº Recibo/NF: 111 Total: R\$0,11

O Fascal analisa os pedidos de reembolso e os paga (em caso de deferimento) até o último dia do mês seguinte à solicitação.

Caso a solicitação de reembolso seja indeferida, o associado poderá ver o motivo do indeferimento clicando na impressora em vermelho.

Consulta de Reembolsos

Filtros

Beneficiário:

Protocolo:

Data Início: 06/05/2024 Data Fim: 05/02/2025

Beneficiário:
Código: 5620 Protocolo ANS: 95959520240627931098

ATO DA MESA DIRETORA Nº 163, DE 2023

Define os valores e as patologias para pagamento do auxílio-medicamento no âmbito do Fundo de Assistência à Saúde dos Deputados Distritais e dos Servidores da CLDF – Fascal.

A MESA DIRETORA DA CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL, no uso de suas atribuições regimentais, especialmente no art. 39 do Regimento Interno da Câmara Legislativa do Distrito Federal, e considerando a Resolução que regulamenta o funcionamento e a estrutura do Fascal, RESOLVE:

Art. 1º Os valores para cálculo do auxílio-medicamento serão aqueles constantes na lista da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou do órgão público que oficialmente venha a sucedê-la na competência de regular o preço de medicamentos no mercado nacional.

Parágrafo único. Caso o valor pago pelo beneficiário seja menor do que o previsto na lista mencionada no *caput*, será usado como referência para cálculo o valor efetivamente pago conforme comprovante apresentado na solicitação do reembolso.

Art. 2º Fica estabelecido o limite máximo mensal reembolsável de 50% da despesa apurada, na forma do artigo anterior, para o auxílio-medicamento de uso crônico fixado na Resolução do Fascal.

Parágrafo único. O teto de reembolso é R\$ 297,11 (duzentos e noventa e sete reais e onze centavos), limitado ao valor total da mensalidade paga por cada beneficiário do Fascal.

Art. 3º As patologias consideradas crônicas, para efeito de concessão de auxílio-medicamento, são:

- I – Artrite reumatoide;
- II – Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
- III – Autismo;
- IV – Diabetes Mellitus;
- V – Doença de Alzheimer;
- VI – Doença de Paget;
- VII – Doença de Parkinson;
- VIII – Doença renal crônica estágios 4 e 5;
- IX – Epilepsia;
- X – Esclerose múltipla;
- XI – Espondilite anquilosante;
- XII – Glaucoma (excluídos colírios lubrificantes);
- XIII – Insuficiência cardíaca;
- XIV – Lúpus Eritematoso Sistêmico;
- XV – Neoplasia maligna;
- XVI – Paralisia irreversível e incapacitante;
- XVII – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Art. 4º O pagamento do reembolso de medicamentos disciplinados neste Ato está condicionado à autorização prévia da perícia médica do Fascal.

Parágrafo único. A autorização prevista no *caput* terá validade de 1 ano a contar da data da emissão do parecer.

Art. 5º Este Ato entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Revogam-se as disposições em contrário, em especial os Atos da Mesa Diretora nº

141/2019 e nº 17/2020.

Sala de Reuniões, 26 de outubro de 2023.

DEPUTADO WELLINGTON LUIZ

Presidente

DEPUTADO RICARDO VALE DEPUTADO PASTOR DANIEL DE CASTRO

Vice-Presidente

Primeiro-Secretário

DEPUTADO ROOSEVELT

DEPUTADO MARTINS MACHADO

Segundo-Secretário

Terceiro-Secretário



Documento assinado eletronicamente por **ROOSEVELT VILELA PIRES - Matr. 00141, Segundo(a)-Secretário(a)**, em 26/10/2023, às 17:28, conforme Art. 22, do Ato do Vice-Presidente nº 08, de 2019, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 214, de 14 de outubro de 2019.



Documento assinado eletronicamente por **WELLINGTON LUIZ DE SOUZA SILVA - Matr. 00142, Presidente da Câmara Legislativa do Distrito Federal**, em 26/10/2023, às 18:03, conforme Art. 22, do Ato do Vice-Presidente nº 08, de 2019, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 214, de 14 de outubro de 2019.



Documento assinado eletronicamente por **RICARDO VALE DA SILVA - Matr. 00132, Vice-Presidente da Câmara Legislativa do Distrito Federal**, em 27/10/2023, às 09:31, conforme Art. 22, do Ato do Vice-Presidente nº 08, de 2019, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 214, de 14 de outubro de 2019.



Documento assinado eletronicamente por **DANIEL DE CASTRO SOUSA - Matr. 00160, Primeiro(a)-Secretário(a)**, em 27/10/2023, às 14:46, conforme Art. 22, do Ato do Vice-Presidente nº 08, de 2019, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 214, de 14 de outubro de 2019.



Documento assinado eletronicamente por **MARCOS MARTINS MACHADO - Matr. 00155, Terceiro(a)-Secretário(a)**, em 27/10/2023, às 17:16, conforme Art. 22, do Ato do Vice-Presidente nº 08, de 2019, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 214, de 14 de outubro de 2019.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
http://sei.cl.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0
Código Verificador: **1406337** Código CRC: **EB6650BE**.

EM BRANCO EM BRANCO EM BRANCO EM BRANCO
EM BRANCO EM BRANCO EM BRANCO EM BRANCO