

Informativo ANS

ASSIST, Associação de Classe, reconhecida e declarada de Utilidade Pública Municipal pela Lei nº 5.829/2014 com inclusão na Consolidação Municipal referente às Concessões de Utilidade Pública, Lei nº 5.242/2011, tudo nos termos da Lei nº 120/1979, classificada como Entidade de Autogestão, disponibiliza, na forma coletiva, diversos benefícios ao seu quadro associativo, além de celebrar parcerias e/ou convênios em favor de seus associados, na qualidade de contratante, que viabilizam condições mais adequadas para os filiados e seus beneficiários, integrantes do grupo, considerando o binômio custo-benefício. Em vista dos benefícios do setor de saúde, a ASSIST esclarece que os benefícios médico e odontológico são coletivos, com regulamentos originários celebrados em fase anterior à vigência da Lei nº 9.656/98, não adaptados. Em razão dessa realidade narrada, a ASSIST cadastrou os regulamentos coletivos dos citados benefícios com o seu respectivo rol de cobertura no Sistema de Cadastro da ANS (SCPA) sob o nº 999.

O número do registro de funcionamento da ASSIST na ANS é 309028, registro este por conta da disponibilidade dos benefícios coletivos ligados à saúde, ou seja, médico e odontológico.

Considerando a natureza associativa da ASSIST, a Entidade é classificada na ANS na modalidade de autogestão e, portanto, não possui legalmente, a obrigatoriedade do Plano Referência. Por serem, ambos os benefícios exclusivamente na segmentação ambulatorial. Sendo oportuno ratificar que não existe previsão para cobertura hospitalar e/ou em ambiente hospitalar (internação, PA, CTI e UTI).

O que o beneficiário precisa saber sobre os diferentes tipos de contratação de plano de saúde



Planos individuais ou familiares: São aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.



Planos de saúde coletivos: Se dividem em empresarial e coletivo por adesão. Os empresariais são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo). Na contratação destes planos pode haver a participação de Administradoras de Benefícios.



Tanto os planos individuais quanto os planos coletivos são regulados pela ANS e devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória.

Veja as particularidades de cada tipo de plano:

	Plano Individual ou Familiar	Plano Coletivo por Adesão	Plano Coletivo Empresarial
Quem pode ingressar em um plano de saúde?	Qualquer indivíduo.	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial.	Indivíduo com vínculo a pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.
Carência	Até 24 horas para urgência e emergência*; 180 dias para demais casos (por exemplo, internação); e 300 dias para o parto a termo.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo; não há carência para novos filiados que ingressarem no plano em até 30 dias do primeiro aniversário do contrato após a sua filiação; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.

	Plano Individual ou Familiar	Plano Coletivo por Adesão	Plano Coletivo Empresarial
Cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão preexistente (DLP)**	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.
Rescisão pela operadora:	A operadora poderá rescindir o contrato em caso de fraude ou por não pagamento de mensalidade a partir de 60 dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. O consumidor deve ser notificado até o 50º dia da inadimplência	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.
Reajuste:***	Reajuste anual e limitado a índice divulgado pela ANS. Nos planos exclusivamente odontológicos o índice de reajuste deve estar estabelecido no contrato. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***

* Para maiores informações leia Resolução CONSU 13 de 03 de novembro de 1998;

** Para maiores informações leia a Carta de Orientação ao Beneficiário, instituída pela Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007;

*** Incide o reajuste por mudança de faixa etária em todos os tipos de planos, conforme previsto em contrato. (NR)

Informativo 01/2018 - Adequação no Quadro de Profissionais Colaboradores, conforme norma da ANS.

Registro provisório de funcionamento da ASSIST na ANS: 309028

Classificação da ASSIST ANS: modalidade de Autogestão, feito somente em razão da disponibilidade dos Benefícios Coletivos Básicos Médico e Odontológico exclusivamente na segmentação ambulatorial e com rol previsto em período anterior à Lei 9.656/98.

Cadastrada no Sistema de Cadastros da ANS (SCPA) sob o nº: 999 (por terem sido celebrados seus regulamentos em fase pretérita à Lei que trata dos planos privados de assistência à saúde).

SUBSTITUIÇÃO NO QUADRO DE PROFISSIONAIS COLABORADORES									
SITUAÇÃO	PROFISSIONAL COLABORADOR	ENDEREÇO	BAIRRO	CIDADE	CEP	TELEFONE	CNPJ/CRO	SERVIÇOS PRESTADOS	DATA
DESLIGAMENTO	CLAUDIA MARIA DA SILVA FURTADO	AV. ABILIO AUGUSTO TÁVORA, 2465	LUZ	NOVA IGUAÇU	26260-045	(21) 2669-7719	25089-RJ	DENTISTICA E ODONTOPEDIATRIA	04/01/2018
REALOCAÇÃO	FLM 2017 CLINICA DE ODONTOLOGIA LTDA	AV. ABILIO AUGUSTO TÁVORA, 2465	LUZ	NOVA IGUAÇU	26260-045	(21) 3844-1529	291.825.94/0001-80	DENTISTICA E ODONTOPEDIATRIA	04/01/2018

OBS: As adequações acima já estão acessíveis no guia *on-line* na página da ASSIST.