

Brasília-DF, 25 de abril de 2017.

Carta DIMC n. 105/2017

Ao Senhor

JOSEMIR MARTINS DA SILVA

Subsecretário de Assuntos Administrativos

Ministério de Educação

Com cópia para todas as Entidades Vinculadas

Assunto: Comunicação sobre Resolução Normativa da Agência Nacional da Saúde Suplementar – RN nº 412/2016, com vigência a partir de 10.05.2017.

Prezado Senhor,

A **Aliança Administradora de Benefícios de Saúde S/A**, na qualidade de estipulante dos contratos coletivos de assistência à saúde ao qual se encontram vinculados servidores desse Órgão, vem, por meio desta, solicitar apoio para divulgar aos beneficiários, bem como orientá-los, quanto às novas regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a solicitação de cancelamento de planos de saúde contratados no âmbito de contratos coletivos.

Entrará em vigor em 10 de maio de 2017 a Resolução Normativa nº 412, de 10 de novembro de 2016, que dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão.

Em decorrência da nova Resolução, os beneficiários de planos de saúde individual, familiar, empresarial e coletivo por adesão poderão solicitar o cancelamento do seu plano de saúde para que seja efetivada de forma imediata, ou seja, sem que fique condicionada ao calendário de movimentação cadastral.

As Operadoras, bem como as Administradoras de Benefícios, deverão disponibilizar aos beneficiários os seguintes canais para formalização do pedido de cancelamento:

- (i) presencial, na sede da Operadora ou Administradora, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados;
- (ii) por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela Operadora ou Administradora; ou

(iii) por meio da página da Operadora ou da Administradora na internet.

Entretanto, ao tempo em que a nova norma simplifica para o beneficiário o processo de cancelamento do plano de saúde, a nova regulamentação também estabelece que os beneficiários deverão estar atentos às **regras e condições** a que ficarão submetidos após a efetivação do cancelamento, **constantemente no Art. 15, Subseção I da Seção IV “Das Disposições Comuns às Solicitações de Cancelamento de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar e de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão”**, que transcrevemos abaixo:

I – Eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

c) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;

d) na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;

II - Efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios;

III – As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da

solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário;

IV - As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;

V - A exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes; e

VI - A exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.. Nestes dois casos, após o fornecimento do comprovante de recebimento da solicitação, o plano terá cancelamento imediato.

Todas as informações acima serão ratificadas pela Aliança Administradora no momento da solicitação do titular do plano de saúde realizada pelos canais de atendimento dessa Administradora, bem como serão formalizadas por meio de comprovante de recebimento da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário que será enviado ao titular do plano em até 10 (dez) dias úteis da sua solicitação, conforme prevê o art. 18 da referida Resolução.

Vale ratificar que o período de movimentação na Aliança Administradora continua compreendido entre os dias 16 de um mês a 15 do mês seguinte, e que esse calendário continuará sendo observado para as rotinas de alteração de plano e inclusão de novos beneficiários, salvo quando este último tratar de inclusão de recém-empossado, recém-nascido ou recém-casado, casos nos quais se aplica o prazo de 30 dias da data do evento para implantação do beneficiário com o aproveitamento de carências do titular ou ainda isenção total quando este for recém-empossado.

Com intuito de garantir os prazos previstos para cumprimento do novo processo, bem como assegurar que o beneficiário tenha a informação completa quanto às regras e condições que serão

observadas após a sua solicitação de cancelamento, pedimos ainda o apoio desse Órgão no direcionamento dos beneficiários para os canais de atendimento desta Administradora em todas as solicitações de cancelamento que, por ventura, forem apresentadas diretamente no Órgão, para evitarmos problemas com prazos e condições na efetivação do pedido.

Site Aliança / Área do Cliente

www.aliancaadm.com.br

Endereço eletrônico: cancelamentos@aliancaadm.com.br

Central de Serviços

3004 7010 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

0800 603 7007 (Demais Regiões)

Aliança Administradora em Brasília – DF

SCN Quadra, 5 – Bloco A - Torre Norte, Edifício Brasília Shopping - Brasília / DF

Aliança Administradora em Belo Horizonte – MG

Rua Gonçalves Dias, 89 – Sala 702, Edifício Delacroix - Funcionários | Belo Horizonte – MG

Aliança Administradora no Rio de Janeiro – RJ

Avenida Nilo Peçanha, 50 – 3º andar, sala 310, Edifício Rodolpho de Paoli –

Centro | Rio de Janeiro – RJ

Sendo só para o momento, contamos com o apoio e compreensão desse Órgão no direcionamento dos seus servidores à Aliança Administradora em eventuais pedidos de cancelamento, ao tempo em que reafirmamos o nosso compromisso em observar todos os regulamentos vigentes.

Colocamo-nos à disposição para sanar eventuais dúvidas.

Atenciosamente,



ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE S/A.