

Planos Amil – Assemperj

Perguntas Frequentes

Versão.01.2023

1. Quais são os documentos necessários para a contratação?

Para o servidor associado:

- Contracheque (último) do MPRJ.
- Declaração de vínculo emitida pela Assemperj.
- Termo de autorização desconto em folha (Anexo I - B - Plano de Saúde).
- Documento de identificação com foto.
- Comprovante de residência (conta de consumo máx. 3 meses).

Para o dependente do servidor:

- Certidão de nascimento para filhos.
- Certidão de casamento para cônjuge.
- Escritura declaratória de união estável para companheiro(a).
- RG que comprove demais vínculos com o titular, para agregados*.
*exclusivo para plano odontológico.

2. Quais os documentos para comprovação de plano anterior em caso de portabilidade?

- Carta de permanência emitida pela operadora ou administradora de benefícios de origem. Esta carta possui validade de 30 dias.
- Cópia carteira do plano de origem (frente e verso).

3. O que é a portabilidade?

É o direito garantido pela legislação vigente (RN 438 – ANS), que prevê o aproveitamento do histórico de carências cumpridas no plano anterior vigente, com o objetivo de isentar carências no plano futuro a ser escolhido pelo beneficiário.

4. Por que preciso pagar à vista a primeira mensalidade?

O pagamento da primeira mensalidade visa melhorar o controle dos pagamentos pela equipe após as mudanças estabelecidas na DRH/MPRJ. A cobrança poderá ser do total contratado, ou da diferença entre o valor antigo e o novo, no caso de upgrade. O desconto em folha, neste caso, será efetuado até o final do mês subsequente ao da adesão.

5. Como funcionam as carências?

A isenção de carências só é praticada em períodos de adesão aprovados pela Amil. Estes períodos costumam ocorrer uma vez ao ano, no aniversário do contrato, que ocorre no mês de fevereiro. Estas adesões ocorrem no sempre no mês que antecede o aniversário, no caso janeiro. É possível aderir sem carências também e a qualquer tempo, independente dos períodos de adesão mencionados acima, por meio de portabilidade ou súmula 21. Ambos são direitos previstos na legislação vigente, que visam o aproveitamento do histórico de carências já cumpridas no plano anterior. Para usufruir deste benefício é preciso cumprir alguns requisitos entre eles: possuir plano ativo há mais de 2 anos, caso não tenha cumprido CPT – Cobertura Parcial Temporária, ou mais de 3 anos, caso tenha.

Planos Amil – Assemperj

Perguntas Frequentes

Versão.01.2023

Além disso é preciso que os planos de origem e de destino tenham perfis similares (ex. plano anterior nacional e plano futuro nacional). A portabilidade destina-se a troca de planos entre operadoras diferentes e a súmula 21, a troca de planos dentro de uma mesma operadora. Já a inclusão de dependentes

está isenta de carências, desde que seja realizada em até 30 dias da data do evento gerador (ex. casamento, nascimento e formalização escritura declaratória de união estável). Qualquer adesão/inclusão que ocorra fora das condições acima descritas estará sujeita a aplicação de carências contratuais.

6. O que está coberto?

No plano de saúde: Consultas, exames, internações hospitalares, diárias de UTI, doenças infectocontagiosas como AIDS, procedimentos de alta complexidade como diálise e hemodiálise, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico, transplantes autólogos de rins, córnea e medula óssea, terapias, fisioterapia, cirurgias refrativas (miopia, hipermetropia) com grau superior a 5 graus, procedimentos contraceptivos como colocação de DIU e laqueadura de trompas, cirurgia bariátrica (redução de estômago em casos de obesidade mórbida), entre outras. Não há distinção de coberturas entre os planos. Estes diferem exclusivamente no que tange os seguintes aspectos: Padrão de acomodação (enfermaria ou quarto), abrangência da rede credenciada (regional ou nacional) e existência ou não de reembolso para despesas oriundas de utilização fora da rede credenciada (Livre Escolha). Todos os planos oferecidos possuem reembolso para livre escolha e rede credenciada de abrangência nacional. No plano odontológico: Consultas, Urgência 24 horas, Radiologia, Cirurgias, Dentística Restauradora, Endodontia, Periodontia e Odontopediatria. Em alguns produtos, Ortodontia e Prótese.

7. Em quais condições, perco o direito ao plano?

Quando o servidor perde seu vínculo funcional com o MPRJ, no caso de extraquadro e cargos comissionados, bem, como seu vínculo associativo junto a Assemperj. Já seus dependentes perdem o direito ao plano, quando ocorre a quebra de vínculo de dependência com o servidor vinculado ao MPRJ. Outro motivo de perda de direito é a inadimplência superior a 60 dias.

8. Onde posso usar?

Os planos (saúde e odontológico) podem ser utilizados em âmbito nacional, em rede referenciada da Amil. Adicionalmente, o beneficiário tem a opção de usar o plano por meio de reembolso. É uma opção para quem deseja usar um prestador não referenciado a rede (particular), ou como alternativa de atendimento em regiões onde a rede é deficitária. O reembolso é pago com base numa tabela que varia de acordo com o procedimento realizado e com o plano contratado. A tabela de reembolso representa o “teto” de reembolso que o beneficiário pode ter acesso em seu plano.

9. Como posso usar o plano?

Os planos (saúde e odontológico) devem ser utilizados preferencialmente na rede referenciada Amil. Adicionalmente também por meio de reembolso de despesas médico-hospitalares.

Planos Amil – Assemperj

Perguntas Frequentes

Versão.01.2023

10. Quem posso incluir como dependente?

No saúde: Cônjuges, Companheiro(a)s, Filhos e Tutelados (na forma da Lei). No odontológico: Cônjuges, Companheiro(a)s, Filhos e Tutelados (na forma da Lei), Pai, Mãe, Irmãos, Sobrinhos, Genro, Nora.

11. Como é feito o pagamento?

O pagamento se dá por meio de desconto em folha do servidor, o qual deverá autorizar o mesmo em documento próprio. Portanto é fundamental que haja margem no contracheque. Em nenhuma hipótese será aceito forma de pagamento integralmente por meio depósito, PIX, débito automático, etc.

12. Como faço a alteração do plano junto ao MPRJ ?

No primeiro mês de vigência do plano de saúde, a Assemperj emitirá uma declaração informando os valores contratados pela servidor e o início da vigência. O documento estará disponível automaticamente no Portal do Associado. De posse deste documento, caberá ao servidor fazer um procedimento SEI/MPRJ de concessão ou alteração de auxílio-saúde.

13. Como funciona a comprovação anual dos gastos junto ao MPRJ?

Ela é feita diretamente pela equipe da ASSEMPERJ em contato com a DRH/MPRJ, o que representa um grande benefício e conveniência.

14. Como funciona a atualização do valor do plano de saúde junto ao MPRJ em caso de reajuste anual ou mudança de faixa etária ?

A atualização do valor do plano de saúde junto ao MPRJ é fundamental para que o reembolso do auxílio-saúde do servidor não fique defasado em relação ao novo preço do produto. A atualização do valor do plano de saúde ocorre anualmente, no aniversário do contrato, e a cada mudança de faixa etária. No reajuste anual, a atualização é feita diretamente pela Assemperj, dispensando qualquer procedimento pelo servidor. No caso de mudança de faixa etária, a Assemperj emite automaticamente, pelo Portal do Associado, uma declaração ao associado para anexar no procedimento SEI/MPRJ a ser criado pelo próprio servidor para fins de atualização do valor gasto com o benefício saúde.

Analítica Seguros

www.analiticaseguros.com.br

(21) 3747-1829

Vendas

comercial@analiticaseguros.com.br

Operacional

operacional@analiticaseguros.com.br

ASSEMPERJ

www.assemperj.org.br

(21)2550-9130

planosde.saude@assemperj.org.br