

Informativo novos planos Amil Saúde e Dental – ASSEMPERJ

Versão 02.01.2025

Prezado (a) Associado (a),

Implantados em fevereiro de 2017, os novos planos **AMIL – ASSEMPERJ**, representaram um marco na história dos convênios que a entidade oferece a seus associados, administrados pela Analítica Seguros.

Os novos planos **AMIL – ASSEMPERJ** são da modalidade Coletivo por Adesão (sem intermediação de Administradora de Benefícios) regulamentados pela Lei 9656/98 portanto, atendem ao rol de procedimentos exigidos pela legislação vigente, além de se beneficiarem de todas as atualizações de rol de procedimentos e coberturas futuras que forem publicadas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Principais características dos planos AMIL - ASSEMPERJ:

- Todo os planos possuem abrangência de rede referenciada nacional;
- Todos os planos possuem reembolso para livre escolha (de acordo com a tabela do plano escolhido);
- Isenção de coparticipação (valor cobrado a cada utilização do plano).
- Opções de planos com padrão de acomodação quarto coletivo (apenas para o Amil 400);
- Opções de planos linha premium (One Health);
- Prestação de contas junto ao DRH realizada pela Assemperj.

Diferenciais dos planos AMIL - ASSEMPERJ:

- Melhor gerenciamento de risco do contrato.
- Custos mais competitivos, comparado ao mercado.
- Menor índice de inadimplência.
- Programa de acolhimento ASSEMPERJ + SAÚDE* **Novidade 2025**

Diferenciais atendimento ANALÍTICA SEGUROS:

- Atendimento humanizado e consultivo.
- Suporte operacional a ASSEMPERJ e ao beneficiário AMIL-ASSEMPERJ, na utilização do plano.

Diferenciais programa ASSEMPERJ + SAÚDE:

- Suporte técnico/médico ao beneficiário AMIL-ASSEMPERJ, independente da operadora.
- Acolhimento ao beneficiário AMIL-ASSEMPERJ em casos de maior complexidade, como internações (extensivo a família), com acompanhamento permanente por equipe multidisciplinar.

Benefícios adicionais:

Desconto em medicamentos: Um programa de descontos sem custo adicional, que garante até 30% em medicamentos genéricos e de até 20% nos de marca, nas redes das drogarias São Paulo e Pacheco em todo o país, garantindo melhores condições na aquisição de centenas de medicamentos. Há ainda descontos de até 5% em produtos de perfumaria.

Amil Resgate Saúde: Cobertura com custo cobrado a parte. Trata-se do resgate terrestre, aéreo ou aeroterrestre com o traslado para hospitais credenciados ao plano em todo Brasil, realizado por serviços credenciados da Amil, com limitação de 300km no raio de deslocamento, dentro do território nacional, atendendo a pacientes em estado grave que envolva risco de vida, que apresente condições patológicas de urgências e emergências, específicas. Para maiores detalhes, vide lâmina informativa da cobertura.

Planos e custos:

Tabela de Custos Planos Médicos - Vigência: 01/02/2025 a 31/01/2026

Linha	amil	amil	amil	amil	amil one	amil one
Plano	AMIL 400	AMIL 400	AMIL 500	AMIL 700	ONE 1000 LT3	ONE 2000 LT4
Perfil	Intermediário	Intermediário	Intermediário	Especial	Executivo	Executivo
Rede	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
Acomodação	Quarto Coletivo	Quarto Privativo	Quarto Privativo	Quarto Privativo	Quarto Privativo	Quarto Privativo
Reembolso Consulta	R\$ 107,80	R\$ 107,80	R\$ 161,70	R\$ 269,50	R\$ 431,20	R\$ 539,00
Faixas Etárias	Custos					
00 a 18	R\$ 308,13	R\$ 354,44	R\$ 414,45	R\$ 515,94	R\$ 700,92	R\$ 960,18
19 a 23	R\$ 385,19	R\$ 443,07	R\$ 518,05	R\$ 644,92	R\$ 876,15	R\$ 1.200,26
24 a 28	R\$ 481,47	R\$ 553,80	R\$ 647,60	R\$ 806,15	R\$ 1.095,18	R\$ 1.500,27
29 a 33	R\$ 529,58	R\$ 609,20	R\$ 712,17	R\$ 886,77	R\$ 1.204,66	R\$ 1.650,28
34 a 38	R\$ 556,07	R\$ 639,65	R\$ 747,98	R\$ 931,09	R\$ 1.264,87	R\$ 1.732,76
39 a 43	R\$ 611,70	R\$ 703,60	R\$ 822,75	R\$ 1.024,21	R\$ 1.391,41	R\$ 1.906,07
44 a 48	R\$ 764,62	R\$ 879,53	R\$ 1.028,46	R\$ 1.104,11	R\$ 1.739,27	R\$ 2.382,62
49 a 53	R\$ 841,09	R\$ 967,47	R\$ 1.131,27	R\$ 1.408,27	R\$ 1.913,19	R\$ 2.620,87
54 a 58	R\$ 1.051,36	R\$ 1.209,34	R\$ 1.414,10	R\$ 1.760,34	R\$ 2.391,47	R\$ 3.276,08
Mais de 59	R\$ 1.839,88	R\$ 2.116,35	R\$ 2.474,70	R\$ 3.080,62	R\$ 4.185,08	R\$ 5.733,18

Cobertura: Aditivo Resgate Saúde	
Todas as faixas	R\$ 39,15
Observações	Contratação opcional com custo a parte.

**Tabela de Custos Planos Odontológicos
Vigência: 01/02/2025 a 31/01/2026**

Linha	amil	amil	amil	amil
Plano	DENTAL 200 R	DENTAL 400 R	DENTAL 600 R	DENTAL 700 R
Perfil	Básico	Intermediário	Especial	Especial
Rede	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
Coberturas (Resumidas)	Rol ANS Ampliado	Rol ANS ampliado + Prótese em Resina	Rol ANS ampliado + Prótese em Resina + Ortodontia	Rol ANS ampliado + Prótese em Porcelana + Ortodontia + Clareamento com gel e moldura
Reembolso Consulta	R\$ 14,04	R\$ 14,04	R\$ 14,04	R\$ 14,04
Faixas Etárias	Custos			
Todas	R\$ 25,34	R\$ 53,87	R\$ 91,63	R\$ 105,05

Rede Credenciada:

Será disponibilizado um resumo da rede hospitalar de todos os planos para consulta. Para quem tiver interesse em conhecer a rede completa, basta acessar o portal www.amil.com.br, escolher o plano que deseja consultar a rede, estado, município, tipo de procedimento e especialidade.

Carências:

Saúde e Dental:

Titulares, Dependentes e (Agregados – Exclusivamente para os planos odontológicos)

Beneficiários (Titulares, Dependentes **(Agregados – Exclusivamente para os planos odontológicos)**) elegíveis a portabilidade ou súmula 21 (**vide esclarecimento abaixo**), ingressarão com isenção total de carências. **Cabe alertar que a Amil possui o direito, de acordo com a legislação vigente, de negar o pedido.** Portanto além de estar elegível é preciso que a Amil (operadora de destino) aprove tal solicitação. **Beneficiários não elegíveis a portabilidade ou súmula 21, cumprirão carências contratuais (vide quadro descritivo abaixo).**

Dependentes e **(Agregados – Exclusivamente para os planos odontológicos)**, cujo titular já tenha cumprido todas as carências a ele estabelecidas em sua admissão, também são beneficiados com a isenção de carências, caso sua adesão ocorra dentro do prazo de 30 dias da data do evento (nascimento, casamento, etc...)

Anualmente, sempre no mês que antecede o aniversário do contrato, que ocorre em fevereiro, é negociado com a Amil, a concessão de uma “janela” para adesões sem carências. Estas condições diferenciadas, caso aprovadas, são divulgadas oportunamente.

Para o aniversário de 2025, obtivemos aprovação para adesões com isenção de carências para quem não possui histórico de pré-existência. Quem possui tal histórico permanece com carências de 24 meses, para procedimentos que tenham relação com a pré-existência mencionada. Todos os demais procedimentos que não estão ligados ao referido histórico, estarão isentos de carências. As adesões realizadas até o dia 17/01/2025, terão início de vigência em 01/02/2025.

O que é portabilidade de carências?

A portabilidade de carências é o direito previsto na legislação de planos de saúde, que considera o tempo de carências já cumpridas no plano atual que se encontre vigente e adimplente, para efeito de isenção de carências no futuro plano. Para que tenha elegibilidade a portabilidade é preciso atender a critérios estabelecidos na legislação.

O que é a súmula 21?

A Súmula Normativa nº 21, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tem objetivo similar ao da portabilidade. O dispositivo define que trocas de contratos dentro da mesma operadora, deverão considerar os prazos de carências já cumpridos e veda a recontagem dos mesmos no futuro contrato. Caso haja incremento de benefícios (rede, reembolso), decorrente de upgrade de plano, o beneficiário cumprirá carências apenas para aquilo que for agregado no novo plano.

Carências contratuais Saúde

Carência	Prazo
Atendimento de Urgência e Emergência.	24 horas
Consultas em consultórios, clínicas e centro médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.	30 dias
Procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais e especiais, exames e procedimentos de alta complexidade, honorários médicos de internações e custos hospitalares de internações.	180 dias
Internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos.	180 dias
Parto a termo.	300 dias
Pré-Existência.	24 meses

Carências contratuais Dental

Carência	Prazo
Procedimentos de Urgência/Emergência.	24 horas
Cirurgias, consultas, dentística, diagnóstico, disfunção temporomandibular, endodontia, odontologia preventiva, ortodontia (instalação de aparelho fixo), periodontia e radiologia.	60 dias
Procedimentos de prótese.	180 dias

Quem pode entrar:

No Saúde:

- Titulares (servidores do MPRJ associados a ASSEMPERJ), Dependentes (Filhos*, Cônjuge e Tutelados)
*Filhos com até 40 anos completos. **Os dependentes não podem aderir sem a participação do titular.**

No Dental:

- Titulares (servidores do MPRJ associados a ASSEMPERJ), Dependentes (Filhos*, Cônjuge e Tutelados) e Agregados (Pai, Mãe, Sogra, Sogra, Irmãos, Enteado(a)).
*Filhos com até 40 anos completos. **Os dependentes e agregados não podem aderir sem a participação do titular.**

Como utilizar o plano:

As consultas, exames e internações devem ser agendados previamente, exceto em emergências. Em caso de desistência ou impossibilidade de comparecimento, deve-se ligar com 24 horas de antecedência notificando, a fim de liberar o horário para outros beneficiários. Alguns exames demandam autorização prévia, assim como as cirurgias em geral. É recomendável que o agendamento desses procedimentos seja feito com uma boa margem de segurança, algo em torno de 10 dias para exames e 20 para procedimentos cirúrgicos, a fim de evitar transtornos que obriguem a um novo agendamento.

Reembolso:

O reembolso é a possibilidade de ressarcimento de despesas médico-hospitalares ou odontológicas que sejam feitas em médico ou dentista particular (não credenciado). O cálculo é feito com base em uma tabela pré-determinada onde é estipulado um valor limite (teto) máximo para o reembolso, de acordo com o plano contratado. **TODOS OS PLANOS OFERECIDOS NA GRADE POSSUEM REEMBOLSO PARA LIVRE ESCOLHA.**

É recomendável em casos de procedimentos de maior risco como cirurgias, a realização de uma prévia de reembolso para evitar surpresas em relação ao valor reembolsado.

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES:

- Os planos em questão são estipulados pela ASSEMPERJ por isso é **obrigatório que o interessado (Titular) seja um servidor do MPRJ e possua vínculo associativo com a ASSEMPERJ, estando este adimplente.**
O pagamento dos novos planos Amil – ASSEMPERJ se dá por meio de desconto em folha, razão pela qual é imprescindível que haja margem consignável disponível para os referidos lançamentos mensais. Além disso, nos casos de cargos comissionados, é necessário que haja margem consignável 1 disponível no valor total da contratação ou superior para os referidos lançamentos mensais. **Os planos AMIL–ASSEMPERJ são da modalidade pré-pagamento, portanto é preciso efetuar primeiro o pagamento para ter a cobertura. Deste modo, o desconto ocorre no contracheque emitido no mês anterior ao da cobertura.**
- **Por conta dos trâmites administrativos, o desconto em folha é lançado a partir do 2º mês de vigência. Deste modo, o 1º mês, deve ser pago obrigatoriamente por meio de transferência para a conta corrente da ASSEMPERJ. Como exposto acima, no plano de saúde/dental, paga-se antecipadamente para ter cobertura, assim sendo, o pagamento do 1º mês de vigência, deverá ser feito de modo antecipado, no mês da efetivação da contratação.**
- **O cancelamento dos planos anteriores que cada associado possui é de exclusiva responsabilidade do próprio.** Nem a ASSEMPERJ e tampouco a ANALÍTICA SEGUROS poderão interferir ou auxiliar o associado nesse processo.
- **Somente serão atendidos e conduzidos pela corretora, processos de adesão completos, entregues via e-mail, corretamente preenchidos e assinados.** Não serão aceitos em hipótese alguma, processos com qualquer tipo de pendência.
- O início de vigência será o dia 01 ou 05 (dependendo do plano contratado) do mês subsequente ao da adesão e o término de vigência, o último dia do mês da solicitação, desde que o processo seja entregue completo e sem pendências até o dia 15 de cada mês. Processos entregues após esta data, serão automaticamente processados no mês subsequente ao da solicitação. A única exceção será para a inclusão de dependentes onde o prazo de 30 dias da data do evento não permita essa programação. Nesses casos a inclusão ocorrerá de imediato, para que não haja penalidade de carências, caso o beneficiário titular já tenha cumprido tal penalidade em seu contrato. O valor devido da primeira mensalidade será “cheio”, mesmo que a inclusão ocorra no meio do mês.

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES (cont.):

- **Não há cobrança de taxa de adesão.** O único valor a ser pago na adesão será o referente a primeira mensalidade do plano escolhido.
- Todos os planos disponibilizados na grade dos contratos ASSEMPERJ-AMIL possuem reembolso para despesas clínicas e médico/hospitalares, de acordo com os limites de cada plano. **Não há garantia de reembolso integral para procedimentos que sejam utilizados fora da rede referenciada oferecida pela operadora.** As condições de carências devem ser consultadas previamente junto a corretora.
- **Os dependentes deverão escolher obrigatoriamente o mesmo plano dos titulares.** Os agregados (exclusivamente para o plano dental), seguem a mesma regra dos dependentes.
- Uma vez escolhido o plano, sua mudança para um plano superior (upgrade) ou inferior (downgrade) somente poderá ser solicitada no aniversário do contrato (fevereiro). **Solicitações devem ser formalizadas sempre no mês anterior (janeiro).**
- **Mudanças de plano para um nível superior, mesmo que realizadas no mês do aniversário, conforme previsto contratualmente estarão sujeitas ao cumprimento de carência de 180 dias, exclusiva para a rede referenciada adicional, adquirida no novo plano. Essa restrição não tem qualquer relação com procedimentos. Beneficiários oriundos de planos Amil de fora, que optem por aderir aos planos Amil-ASSEMPERJ, ainda que estejam elegíveis a isenção ou redução de carências previstas para o período de aniversário, estarão sujeitos ao cumprimento de carência de 180 dias mencionada acima, caso o plano escolhido seja superior ao atual vigente na operadora.**
- A perda de vínculo seja ele associativo junto a ASSEMPERJ ou junto ao MPRJ enseja em perda “imediate” de direito aos referidos planos, tendo sua exclusão processada de modo imediato.
- O associado pode solicitar sua exclusão voluntária de qualquer dos produtos (saúde ou dental) a qualquer tempo. Seu retorno ao plano ocorrerá mediante aplicação de todas as carências contratuais.
- Os custos expressos no presente material são válidos até o dia 31/01/2026.
- A rede referenciada oferecida em cada plano está sujeita a alterações a qualquer tempo, em conformidade com a legislação vigente.
- Os reajustes anuais, são aplicados sempre em fevereiro, mês de aniversários dos contratos, nos termos da legislação vigente. O reajuste proposto sempre refletirá o resultado do contrato no que se refere a sua sinistralidade (relação RECEITA x DESPESA-UTILIZAÇÃO), bem como os impactos da inflação médica acumulada dos últimos 12 meses. Contratos equilibrados, como historicamente tem se apresentado o da AMIL-ASSEMPERJ, sofrem impacto apenas das inflações médica e odontológica do período.
- As condições gerais dos produtos, saúde e odontológico, bem como os contratos firmados entre a Amil e a ASSEMPERJ estão disponíveis para consulta a qualquer tempo. Caso haja necessidade, favor solicitar a administração da associação.
- A ANALÍTICA SEGUROS, corretora que assessora ASSEMPERJ na administração do presente contrato, prestará todo suporte a associação e aos associados. Caso haja a necessidade de consultá-la, favor solicitar contato junto a administração da associação.
- A corretora ANALÍTICA SEGUROS disponibiliza um funcionário para atendimento comercial aos interessados, na sede da ASSEMPERJ em regime de plantão semanal. Para maiores informações quanto a programação, favor consultar a administração da associação.
- Pedimos a gentileza de notificar a ASSEMPERJ, sempre que algum problema em relação a utilização dos planos for observado. Esse feedback é fundamental para que possamos juntamente com a corretora, cobrar soluções e melhorias por parte da operadora de saúde.