

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO Nº 04, de 27 de maio de 2024.

Regulamenta o acesso aos serviços médico assistenciais na rede credenciada e pelo sistema de reembolso aplicáveis a todos os produtos assistenciais

O Conselho de Administração da Associação Beneficente de Assistência à Saúde dos Juízes do Trabalho da 15ª Região – Saúde ABAS, no uso das atribuições conferidas pelo Artigo 13 do Estatuto Social da Associação Beneficente de Assistência à Saúde dos Juízes do Trabalho da 15ª Região, aprovado em 30 de outubro de 2020,

CONSIDERANDO os termos da Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil, bem como demais regulamentos correlatos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar,
CONSIDERANDO a necessidade de adoção de mecanismos que promovam o uso racional e eficaz dos serviços médico-assistenciais,
CONSIDERANDO a preservação do equilíbrio atuarial e consequente sustentabilidade do plano de saúde autogerido administrado pela Associação e
CONSIDERANDO os termos dos Artigos 36 a 39 do Estatuto em epígrafe,

RESOLVE: aprovar e editar a presente Resolução, com as seguintes normas e disposições:

Artigo 1º - O acesso aos serviços médico-assistenciais deve ser realizado, prioritariamente, através da rede de atendimento credenciada pelo plano e plano parceiro.

§1º - O plano de saúde Saúde ABAS Paulistano não contempla reembolso por livre escolha.

Os usuários dos planos Saúde ABAS 15, Saúde ABAS Prata e Saúde ABAS Paraná obedecerão às seguintes regras:

§1º - O usuário poderá solicitar o reembolso de serviços médico-assistenciais contratados de forma particular, desde que respeitados os trâmites administrativos previstos para a autorização prévia dos serviços.

§2º - Não haverá direito ao reembolso de serviços médico-assistenciais, contratados de forma particular, caso não tenha sido solicitada a devida autorização prévia.

§3º - Para requisição de reembolso deverá ser apresentada a documentação comprobatória completa e o número da autorização prévia, conforme previsões desta Resolução, sendo assegurada a restituição das despesas assistenciais até o valor máximo fixado pela Tabela de Reembolso Saúde ABAS.

§4º - Garante-se ao usuário que o valor mínimo de reembolso não será inferior ao menor valor de pagamento do mesmo serviço praticado com a rede credenciada.

§5º - Não haverá direito ao reembolso de serviços médico-assistenciais, contratados integralmente de forma particular, caso os prestadores de serviço sejam credenciados, diretamente ou indiretamente, pelo plano de saúde.

Artigo 2º - Estão dispensados do pedido de autorização prévia do plano tão somente a realização de consultas médicas e o atendimento caracterizado como em situação de urgência e/ou emergência, tal como definido pela legislação setorial - Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº13, de 03 de novembro de 1998.

Artigo 3º - Será exigida a autorização prévia para a realização de procedimentos e

tratamentos ambulatoriais, exames de diagnose e internações hospitalares em geral, realizadas em caráter eletivo.

§1º - A solicitação de autorização prévia para a realização dos serviços assistenciais mencionados no caput desde artigo poderá ser realizada:

- a) preferencialmente pelo usuário, junto à administração do plano, ou
- b) diretamente pelo médico, hospital ou clínica de diagnóstico, pertencentes a rede credenciada do plano.

§2º - A liberação dos serviços assistenciais executados através de plano de saúde parceiro estará sujeita aos procedimentos de autorização, controle e auditoria do próprio parceiro.

§3º - Nos exames solicitados pelo plano parceiro, faculta-se ao usuário a solicitação da transcrição do pedido diretamente ao seu Consultor de Relacionamento, podendo os exames serem realizados em qualquer rede credenciada.

Artigo 4º - Quando realizada junto a administração do plano, a solicitação de autorização poderá ser realizada pessoalmente ou a distância, desde que seja apresentada a documentação necessária de forma digitalizada.

I - A documentação necessária para a autorização prévia dos serviços assistenciais incluirá:

- a) pedido médico com indicação do nome do profissional, número de registro no conselho de classe e CBO, além de menção da hipótese diagnóstica, para a realização de exames ambulatoriais;
- b) relatório médico contextualizado com informações técnicas pertinentes, para casos de procedimentos ambulatoriais ou aqueles que exijam regime de internação;
- c) dados e documentos complementares poderão ser requeridos, a qualquer momento, a critério do Departamento Médico da Saúde ABAS.

§1º - A autorização formal do plano deve se dar pelo fornecimento de senha ao usuário, sendo que uma única senha poderá contemplar mais de um procedimento autorizado.

§2º - A senha fornecida dará acesso ao atendimento na rede credenciada do plano ou ao reembolso posterior de despesas assistenciais eletivas realizadas em caráter particular, tendo validade de 60 (sessenta) dias para realização do(s) procedimento(s) autorizado(s).

§3º - A situação do processo de autorização poderá ser visualizada diretamente no Portal do Beneficiário ou pelo aplicativo Saúde ABAS.

§4º - O usuário perderá o direito ao reembolso de procedimentos contratados de forma particular, mesmo que previamente autorizados, caso a data de realização dos serviços seja anterior à data da autorização concedida.

§5º - As guias para os tratamentos seriados serão emitidas, no máximo, para o número de 10 (dez) sessões.

§6º - A cada 06 (seis) meses de tratamento seriado, o usuário deve apresentar Relatório de Avaliação (laudo evolutivo) e novo Plano Terapêutico, que terão validade pelo prazo de 06 (seis) meses.

Artigo 5º - O processo de autorização prévia de serviços assistenciais será conduzido pelo Departamento Médico da Saúde ABAS e utilizará como diretrizes de análise os critérios elencados nos parágrafos seguintes:

§1º - O procedimento deve ser integrante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e vigente à época da solicitação.

§2º - Caso o procedimento esteja elencado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, mencionado no parágrafo anterior, o Departamento Médico da Saúde ABAS utilizará, como subsídio para concessão da autorização:

- a) Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas (DC) e Protocolos de Utilização (PROUT) estabelecidos para concessão de cobertura para procedimentos na Saúde Suplementar, fixadas pela ANS;
- b) Protocolos e referências estabelecidas pelas Sociedades Médicas Brasileiras e/ou internacionais;
- c) Estudos de medicina baseada em evidências.

Artigo 6º - Os prazos máximos para a resposta, diretamente ao usuário, às solicitações de procedimentos e/ou serviço de cobertura, após a entrega da documentação completa, serão de:

- a) 03 (três) dias úteis para serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial;
- b) 10 (dez) dias úteis para solicitações de procedimentos de alta complexidade (PAC), e
- c) 05 (cinco) dias úteis para os demais procedimentos e/ou serviços de cobertura.

Artigo 7º - Em caso de divergência técnico-assistencial entre o Departamento Médico da Saúde ABAS e o solicitante, no intuito de buscar esclarecimentos adicionais sobre a indicação de procedimentos para os Usuários, o plano terá a prerrogativa de constituir junta médica para a análise do caso, respeitadas as determinações da Resolução Normativa nº 424, de 26 de junho de 2017, da ANS, que dispõe sobre critérios para a realização de junta médica ou odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

Artigo 8º - Nos termos da legislação vigente, também poderá ser requisitada pelo Departamento Médico da Saúde ABAS a realização de perícias, em casos que assim se entender necessário.

Artigo 9º - Os prazos máximos para a garantia de atendimento de procedimentos e/ou serviços de cobertura serão os estabelecidos na Resolução Normativa nº566/2022, da ANS.

Artigo 10 - Para os casos de reembolso, o prazo máximo de processamento e crédito da restituição dos valores cobertos, contados a partir da chegada da documentação completa na sede da administração do plano, será de:

- a) 10 (dez) dias úteis para consultas, exames de diagnose e procedimentos ambulatoriais;
- e
- b) 20 (vinte) dias úteis para internações em geral.

Parágrafo Único: A documentação necessária para processamento de solicitações de reembolso será composta:

- I - Guia de autorização prévia concedida pelo plano (exceto consultas e urgências/emergências, conforme definido pela Resolução CONSU nº 13),
- II - Nota Fiscal contendo a identificação do profissional assistente e o número de inscrição

no órgão de classe;

III - Comprovante de pagamento dos serviços (desembolso), que podem ser por meio de cópia dos comprovantes:

- a) PIX;
- b) Cartão de crédito,
- c) Cartão de débito,
- d) Transferência bancária,
- e) Canhoto do cheque e
- f) extratos da conta corrente ou da fatura do cartão de crédito desde que todas as operações alheias à comprovação do desembolso se apresentem devidamente tarjadas;

IV - Para os pagamentos efetuados em espécie:

- a) o recibo deve conter a identificação do profissional e a descrição dos serviços prestados;
 - b) - declaração assinada pelo próprio usuário do pagamento em espécie;
- V - Relatório médico pós-realização do procedimento (quando aplicável) e outros documentos adicionais que forem requeridos pelo Departamento Médico da Saúde ABAS;

Artigo 11 - O usuário, ao solicitar qualquer reembolso decorrente de internações, deverá outorgar ao plano procuração para promover correspondentes auditorias médicas, financeiras e administrativas, junto às respectivas entidades prestadoras do serviço, sempre que solicitadas pelo Departamento Médico do plano, com rigorosa observância dentre outros, dos princípios da finalidade, adequação, necessidade e segurança, previstos no Artigo 6º da Lei nº13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

Artigo 12 - Revogam-se as disposições em contrário.

Artigo 13 - A presente Resolução entrará em vigor a partir da publicação no site da entidade.

Parágrafo Único: as exigências constantes no parágrafo único do Art. 10 são exigíveis desde 12 de julho de 2023, data do envio da Circular Informativo nº29/2023.

Campinas, 27 de maio de 2024

Dr. Gerson Lacerda Pistori – Presidente do Conselho de Administração.
Dra. Rosemeire Uehara Tanaka - Primeira Conselheira de Administração.
Dr. Antônio Miguel Pereira – Conselheiro de Administração.
Dr. Samuel Hugo Lima - Conselheiro de Administração.
Dra. Marilda Izique Chebabi – Conselheira de Administração.
Dra. Antonia Santana – Conselheira de Administração Suplente.
Dr. Hamilton Scarabelim – Conselheiro de Administração Suplente.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma IziSign. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://izisign.com.br/Verificar/A671-4156-D2DB-3E40> ou vá até o site <https://izisign.com.br> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: A671-4156-D2DB-3E40



Hash do Documento

010060AF0193CDA81501A09F6918B6AEB49DC6D74A623310D2F27AFBD19195A6

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 07/06/2024 é(são) :

- Gerson Lacerda Pistori - 522.573.558-49 em 07/06/2024 12:04
UTC-03:00
Nome no certificado: Gerson Lacerda Pistori
Tipo: Certificado Digital
- Marilda Izique Chebabi - 305.975.018-15 em 06/06/2024 20:28
UTC-03:00
Tipo: Certificado Digital
- Antonia Santana - 007.239.418-82 em 06/06/2024 12:40 UTC-
03:00
Nome no certificado: Antonia Sant Ana
Tipo: Certificado Digital
- Samuel Hugo Lima - 775.755.558-20 em 05/06/2024 15:05 UTC-
03:00
Tipo: Certificado Digital
- Hamilton Luiz Scarabelim - 776.751.858-20 em 05/06/2024 13:56
UTC-03:00
Tipo: Certificado Digital
- Rosimeire Uehara Tanaka - 065.081.918-70 em 05/06/2024 12:49
UTC-03:00
Nome no certificado: Rosemeire Uehara Tanaka
Tipo: Certificado Digital
- Antonio Miguel Pereira - 071.726.808-04 em 05/06/2024 12:46
UTC-03:00
Tipo: Certificado Digital

