

Ministério da Saúde

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 376, DE 28 DE ABRIL DE 2015

Altera a Resolução Normativa - RN nº 295, de 9 de maio de 2012, que dispõe, em especial, sobre a geração, a transmissão e o controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; e a RN nº 360, de 3 de dezembro de 2014, que estabelece o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, em vista do que dispõem os incisos XIX, XXXI e XXXVI do art. 4º e o inciso II do art.10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o art. 20 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 22 de abril de 2015, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretora Presidente-Substituta, determino a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução altera a Resolução Normativa - RN nº 295, de 9 de maio de 2012, que dispõe, em especial, sobre a geração, a transmissão e o controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; e a RN nº 360, de 3 de dezembro de 2014 que estabelece o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar.

Art. 2º O caput e o § 2º do artigo 26 e a alínea "j" do item "I" do Anexo, todos da RN nº 295, de 2012, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 26. Os dados cadastrais de beneficiários referentes ao campo Cartão Nacional de Saúde deverão ser informados obrigatoriamente pelas operadoras a partir de 1º de janeiro de 2016.

§ 2º A partir de 1º de janeiro de 2016 os dados cadastrais deverão estar em conformidade com o previsto no caput deste artigo, sob pena de os arquivos serem rejeitados.

....." (NR)

"ANEXO

I -

j) número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário (obrigatório para todos os beneficiários a partir de 1º/01/2016);

.....(NR)"

Art. 3º O caput do art. 9º e o art. 10 da RN nº 360, de 3 de dezembro de 2014 passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 9º As operadoras terão até o dia 1º de janeiro de 2016 para disponibilizarem ao beneficiário, seja em meio físico ou digital, a Identificação Padrão da Saúde Suplementar de que trata o art. 4º.

....." (NR)

"Art. 10. As operadoras de planos privados de assistência à saúde terão até o dia 1º de janeiro de 2016 para informar ao beneficiário o número do Cartão Nacional de Saúde por qualquer meio que garanta comprovadamente sua ciência." (NR)

Art. 4º A RN nº 360, de 2014 passa a vigorar com o acréscimo do inciso XIV e do § 1º ao artigo 4º, e do art. 10-A, com a seguinte redação:

"Art. 4º.

XIV - informações mínimas acerca das diferenças dos tipos de contratação, na forma estabelecida no Anexo I desta RN.

§ 1º As informações mínimas acerca dos tipos de contratação devem integrar obrigatoriamente a Identificação Padrão da Saúde Suplementar em meio digital, sendo que em meio físico pode ser disponibilizada em documento apartado, que se considera parte integrante desta, aplicando-se as mesmas regras dispostas na presente Resolução.

....."

"Art. 10-A. As informações mínimas acerca dos tipos de contratação, previstas no inciso XIV do art. 4º desta RN, devem ser disponibilizadas ao consumidor também quando da apresentação de proposta de contratação de plano de saúde, por qualquer meio, inclusive pela internet ou pessoal."

Art. 5º A RN nº 360, de 2014 passa a vigorar acrescida do Anexo I, na forma do Anexo desta Resolução.

Art. 6º O parágrafo único do art. 4º da RN nº 360, de 2014 fica transformado em § 2º.

Art. 7º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

MARTHA REGINA DE OLIVEIRA
Diretora-Presidente
Substituta

ANEXO

" ANEXO I

"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).

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:

	Plano Individual ou Familiar	Plano Coletivo por Adesão	Plano Coletivo Empresarial
Quem pode contratar?	Qualquer pessoa	Pessoa que mantenha vínculo com determinada pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial.	Grupo de pessoas vinculado à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.
Carência*	Até : 24 horas para urgência e emergência; 180 dias para demais casos (por exemplo: procedimentos e internação); e 300 dias para parto a termo.	Se o beneficiário ingressar no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou do aniversário, para os novos filiados, não há carência.	Se o número de participantes for igual ou superior a trinta beneficiários e o ingresso no plano se dê em até trinta dias da celebração do contrato ou da vinculação à Pessoa Jurídica, não há carência.
Cobertura Parcial Temporária em caso de Doença ou Lesão Preexistente*	Pode haver estabelecimento de suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos nos casos de DLP por 24 meses.	Pode haver estabelecimento de suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos nos casos de DLP por 24 meses.	Desde que o número de participantes seja igual ou superior a trinta beneficiários e que beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato ou da vinculação à Pessoa Jurídica, não pode haver.
Cobrança	Diretamente ao beneficiário, pela operadora.	À Pessoa Jurídica e esta (ou uma administradora) cobra do beneficiário.**	À Pessoa Jurídica e esta (ou uma administradora) cobra do beneficiário.***
Resscisão Imotivada pela Operadora	Só pode por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência	Pode haver desde que haja previsão em contrato e que seja para o contrato coletivo como um todo. A pessoa jurídica deve ser notificada com pelo menos 60 dias de antecedência.	Pode haver desde que haja previsão em contrato e que seja para o contrato coletivo como um todo. A pessoa jurídica deve ser notificada com pelo menos 60 dias de antecedência.
Participação de Administradora	Não	Facultativa	Facultativa

* A regra citada neste documento para carência e cobertura parcial temporária de doenças e lesões pré-existentes (CPT) é a prevista na legislação em vigor. O contrato poderá conter cláusula reduzindo ou isentando o cumprimento de carência ou CPT.

** ressalvadas as operadoras na modalidade de autogestão.

***ressalvadas as hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998 (aposentados e demitidos), das operadoras na modalidade de autogestão e dos entes da administração pública direta ou indireta.