



REGULAMENTO DO PLANO ASFEB SAÚDE

ÍNDICE

CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO E OBJETIVO

CAPÍTULO II - DA GESTÃO

CAPÍTULO III - DOS BENEFICIÁRIOS

Seção I - Das Categorias

Seção II - Da Forma de Adesão

Seção III - Das Hipóteses de Exclusão

CAPÍTULO IV - DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS

Seção I - Do Atendimento Ambulatorial

Seção II - Do Atendimento Hospitalar

Seção III - Do Atendimento Obstétrico

Seção IV - Das Urgências e Emergências

Seção V - Das Coberturas Adicionais

CAPÍTULO V - DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS

CAPÍTULO VI - DAS CARÊNCIAS

CAPÍTULO VII - DA FORMA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

CAPÍTULO VIII - DOS CONVÊNIOS E SERVIÇOS

Seção I - Da Rede Credenciada

Seção II - Do Convênio Reciprocidade

Seção III - Da Rede Conveniada Terceirizada

CAPÍTULO IX - DO PLANO DE CUSTEIO

Seção I - Das Contribuições dos Beneficiários

Seção II - Da Coparticipação

Seção III - Da Forma e do Prazo de Pagamento

Seção IV - Das Garantias Financeiras

CAPÍTULO X - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

ANEXOS

Anexo I - Coberturas Adicionais

Anexo II - Cobertura de exames laboratoriais simples

Anexo III - Procedimentos que necessitam de autorização prévia

Anexo IV - Procedimentos que necessitam de perícia médica

CAPÍTULO I DENOMINAÇÃO E OBJETIVO

Art. 1º O ASFEB Saúde é um plano de assistência à saúde, sob a modalidade de autogestão, coletivo por adesão espontânea, sem finalidade lucrativa e tem como objetivo a promoção da saúde e a prevenção de doenças de seus beneficiários, mediante cobertura de despesas decorrentes de atendimento médico, ambulatorial, hospitalar e obstétrico, em conformidade com o estabelecido na Lei 9.656/98, na legislação complementar e neste Regulamento.

Parágrafo único. A área geográfica de atendimento tem por abrangência o Estado da Bahia.

CAPÍTULO II DA GESTÃO

Art. 2º A administração e operação do ASFEB Saúde é da Associação dos Servidores Fiscais do Estado da Bahia - ASFEB, pessoa jurídica de direito privado e sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 14.799.035/0001-47, com registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº 33.575-4, com sede à rua Dr. José Peroba, 149, Centro Empresarial Eldorado, salas 101 e 102, Bairro STIEP, Município de Salvador, Estado da Bahia.

Parágrafo único. O atendimento médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia será assegurado através da contratação direta de estabelecimentos médico-hospitalares, clínicas médicas e laboratórios de análise clínica e diagnose, denominados de Rede Credenciada.

CAPÍTULO III DOS BENEFICIÁRIOS

Seção I Das Categorias

Art. 3º Poderão aderir ao plano ASFEB Saúde:

I – Na condição de beneficiários titulares - os associados patrimoniais da ASFEB, nos termos do Estatuto Social da entidade, a saber:

- a)** Agentes de Tributos Estaduais da Secretaria da Fazenda –SEFAZ/Bahia;
- b)** Auditores Fiscais da Secretaria da Fazenda – SEFAZ/Bahia.

II – Na condição de beneficiários dependentes - os dependentes dos beneficiários titulares a seguir discriminados:

- a)** cônjuge ou companheiro (a);
- b)** filho ou enteado menor de 24 (vinte e quatro) anos ou incapaz;
- c)** menor sob guarda ou tutela reconhecida por determinação judicial;
- d)** neto, bisneto e sobrinho com idade inferior a 18 (dezoito) anos.

III – Na condição de beneficiários agregados – os parentes dos beneficiários titulares a seguir discriminados:

- a) filho, neto e bisneto;
- b) genro e nora;
- c) irmão, cunhado e sobrinho;
- d) ascendentes.

IV – Na condição de beneficiários especiais – os associados especiais da ASFEB, a seguir discriminados:

- a) o cônjuge ou companheiro (a) do associado patrimonial falecido, inscrito na condição de dependente;
- b) o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo e até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro, do beneficiário titular;
- c) ex-servidor do grupo fisco da Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia, que à época do desligamento estava inscrito como beneficiário titular, desde que manifeste interesse no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data do desligamento;
- d) o servidor público colocado à disposição da Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia, observando-se, para tanto, as normas emanadas da ANS, quais sejam a RN 137 e RN 195 e respectivas alterações posteriores.

V – Na condição de beneficiários empregados - os empregados da ASFEB, durante o vínculo empregatício.

§ 1º O beneficiário agregado poderá inscrever como dependente os parentes descritos no inciso II deste artigo.

§ 2º O beneficiário especial poderá inscrever como dependente os parentes previstos nos incisos II deste artigo.

§ 3º O beneficiário empregado poderá inscrever como dependentes o cônjuge ou companheiro (a) e os filhos ou enteados menores de 18 (dezoito) anos.

Seção II Da Forma de Adesão

Art. 4º A adesão ao plano ASFEB Saúde será espontânea, através do preenchimento e assinatura da proposta de adesão e do termo de adesão com o compromisso de permanecer no plano por no mínimo 12 (doze) meses, sob pena de multa prevista no §1º do art. 8º deste Regulamento, bem como da autorização de desconto em folha de pagamento ou em conta corrente das mensalidades e dos valores relativos à coparticipação e de outros débitos relativos ao plano de saúde.

§ 1º O proponente é o responsável por todas as declarações apostas na Entrevista Qualificada constante no anverso do requerimento de inscrição, devendo a ASFEB solicitar exames médicos pré-admissionais para conhecer o perfil epidemiológico do grupo assistido.

§ 2º O proponente deverá anexar à proposta de adesão cópia dos documentos pessoais e dos dependentes, previstos em Resolução da Diretoria Executiva da ASFEB, para efeito de comprovação da titularidade, dependência e parentesco.

§ 3º A aceitação por parte da ASFEB da inclusão de beneficiário deverá ser expressa, produzindo efeitos a partir dessa data.

§ 4º Na hipótese de falta de atendimento de condição para adesão ao plano assistencial médico-hospitalar, a ASFEB comunicará motivadamente ao interessado a não aceitação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data do protocolo da proposta de adesão.

Art. 5º Será devida taxa administrativa de adesão ao ASFEB Saúde em valores definidos através de Resolução da Diretoria Executiva da ASFEB, com aprovação do Conselho Deliberativo, devendo a cobrança ser efetuada juntamente com a primeira mensalidade.

Art 6º O contrato de adesão ao ASFEB Saúde terá vigência de 12 (doze) meses, contados da data de inclusão do beneficiário, cuja renovação será automática por prazo indeterminado, não cabendo cobrança de taxa ou outro valor nesse ato, bem como recontagem de carências.

Parágrafo único. A adesão ao ASFEB Saúde pelo beneficiário implica no conhecimento e na aceitação plena deste Regulamento.

Art. 7º Os beneficiários do ASFEB-Saúde serão identificados por meio de cartão de identificação pessoal e intransferível, com validade pré-determinada pela ASFEB, cuja exibição será obrigatória, sempre que os serviços forem solicitados, juntamente com o documento de identidade.

Parágrafo único. Será devida taxa administrativa pelo fornecimento de segunda via do cartão de identificação, cujo valor será definido em Resolução de Diretoria.

Seção III Das Hipóteses de Exclusão

Art. 8º A exclusão de beneficiário do plano assistencial ASFEB Saúde ocorrerá nas seguintes hipóteses:

I – A pedido, desde que formulado por escrito pelo beneficiário titular, agregado, especial ou empregado, produzindo efeitos a partir da data do pedido de exclusão e protocolo da entrega dos cartões de identificação, ressaltando que a ausência de entrega do cartão de identificação implica na assinatura do termo de compromisso, não podendo o beneficiário fazer uso dos serviços de saúde, sob pena de responsabilidade civil e penal e ressarcimento ao ASFEB Saúde de todo e qualquer valor faturado pela rede credenciada.

II – Falecimento, produzindo efeitos a partir da data do óbito.

III – Atraso do pagamento de mensalidade ou coparticipação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia da inadimplência.

IV – Desligamento do beneficiário quando houver a exclusão do quadro social, nas hipóteses previstas no Estatuto Social da ASFEB.

V – Extinção do vínculo empregatício com a ASFEB, no caso de beneficiário empregado e seus dependentes.

VI – Fraude praticada com intuito de obter qualquer vantagem indevida para si ou para outrem.

§ 1º Na hipótese de exclusão a pedido dentro de período de permanência mínima de 12 (doze) meses, o beneficiário ficará sujeito ao pagamento de multa correspondente a 50% (cinquenta por cento) do valor da mensalidade, multiplicado pelo número de meses que faltarem para completar o referido período.

§ 2º Na hipótese do falecimento de beneficiário, os familiares deverão apresentar à ASFEB cópia da certidão de óbito, juntamente com o pedido de exclusão, para efeito de registro e restituição de quantia porventura cobrada indevidamente.

§ 3º Na hipótese prevista no inciso V deste artigo, fica assegurado ao empregado da ASFEB despedido sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário, nos termos do art. 30 da Lei 9.656/98, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades.

§ 4º Na hipótese do beneficiário dependente não mais atender a condição prevista no inciso II art. 3º deste Regulamento, por força do limite de idade estabelecido, o mesmo, automaticamente, migrará para a categoria de beneficiário agregado o qual passará a pagar 50% (cinquenta por cento) do valor da taxa associativa.

§ 5º Os beneficiários dependentes, agregados e especiais serão excluídos automaticamente na hipótese de exclusão do respectivo beneficiário titular.

§ 6º O beneficiário excluído que desejar retornar ao ASFEB Saúde, deverá formular nova proposta de adesão, nos termos da Seção II deste Capítulo, que somente será aceita se o proponente atender todas as condições de admissão.

CAPITULO IV

DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS

Art. 9º. O ASFEB Saúde garante, em sua área geográfica de abrangência, cobertura assistencial aos seus beneficiários, na segmentação ambulatorial, hospitalar e obstétrica, tendo como referência o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, aprovado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, bem como as coberturas assistenciais adicionais previstas na Seção V deste Capítulo.

§ 1º Os serviços assistenciais assegurados serão disponibilizados através de Rede Credenciada de prestadores de serviços, cujo pagamento das despesas será efetuado pela ASFEB, na

qualidade de operadora, não cabendo nenhum tipo de desembolso por parte do beneficiário no ato do atendimento.

§ 2º Os beneficiários do ASFEB Saúde serão informados sobre a Rede Credenciada através de Guia Médico, impresso e no sítio da operadora na internet.

§ 3º Não serão reembolsadas despesas diretamente efetuadas pelos beneficiários com assistência à saúde, salvo nos seguintes casos:

I – atendimentos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços prestados pela Rede Credenciada.

II – Assistência médica acobertada e autorizada, quando tenha sido prestada em localidade que não possuir prestador de serviço credenciado na especialidade demandada, ou convênio de reciprocidade com entidade congênere.

III – Consultas médicas e honorários médicos em procedimentos eletivos.

§ 4º O beneficiário tem o prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data do atendimento, para solicitar o reembolso previsto no parágrafo anterior, sob pena de indeferimento do pedido, que será analisado e efetuado pela ASFEB no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada, com base na tabela de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela Rede Credenciada e acordados pela ASFEB.

Seção I **Do Atendimento Ambulatorial**

Art. 10 A cobertura assistencial em regime ambulatorial, compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I - Consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

II - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, conforme preceitua o caput deste artigo.

III - Atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas, nos termos da Seção IV deste Capítulo.

IV - Cobertura de remoção inter-hospitalar, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

V - Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

VI - Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo.

VII - Sessões de psicoterapia.

VIII – Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.

IX - Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas na Resolução Normativa da ANS 211, para segmentação ambulatorial.

§ 1º A cobertura ambulatorial prevista no inciso II deste artigo, inclui os procedimentos considerados especiais abaixo descritos:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;
- c) quimioterapia ambulatorial;
- d) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc);
- e) hemoterapia ambulatorial e nefrolitotripsia;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- g) hemodinâmica ambulatorial que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares.

§ 2º Nos casos de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10, ficam asseguradas as seguintes coberturas em regime ambulatorial, inclusive nas hipóteses de lesões auto-infligidas:

I – Atendimentos às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos ao próprio paciente ou a terceiros (incluídas as ameaças, tentativas de suicídio e auto-agressão) ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

II - Atendimentos à psicoterapia de crise, entendida como atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas a 12 (doze) sessões por ano civil, não cumuláveis, solicitadas pelo médico assistente.

III - Tratamento básico, prestado por médico, assegurado às coberturas às consultas, aos serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

§ 3º Para fins da cobertura prevista no inciso XI, definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos, com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

§ 4º Para fins de aplicação do artigo 10º da Lei nº 9.656, de 1998 é permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:

I - Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio.

II - Quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação.

III - Embolizações.

Seção II Do Atendimento Hospitalar

Art. 11 O atendimento médico em regime hospitalar, compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso VII deste artigo, observadas as seguintes exigências:

I - Cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar, desde que solicitadas pelo médico assistente, em hospitais, clínicas básicas e clínicas especializadas pertencentes à rede credenciada, para realização de procedimentos clínicos ou cirúrgicos cobertos pelo plano ASFEB Saúde.

II – Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia semi-intensiva, intensiva ou similar, sem limite de prazo, valor máximo ou quantidade, a critério do médico assistente.

III – Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços de enfermagem e alimentação, decorrentes da internação hospitalar em estabelecimento pertencente à Rede Credenciada.

IV – Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões de sangue e sessões de quimioterapia, radioterapia, fisioterapia e psicoterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar em estabelecimento pertencente à Rede Credenciada.

V – Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar da Rede Credenciada, dentro do Estado da Bahia.

VI - Cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir do 60 (sessenta) anos de idade e pessoas portadoras de deficiências.

VII - Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais para a segmentação hospitalar, conforme disposto no artigo 4º da Resolução Normativa 211, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar.

VIII - Cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia e nefrolitotripsia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

IX - Cobertura de cirurgia plástica reparadora, exclusivamente nos casos de acidentes pessoais, neoplasia maligna (câncer) ou defeitos congênitos que alterem função, (Redação dada pela Assembleia Geral Extraordinária de 11.09.2007).

X - Cobertura de transplantes listados no anexo da Resolução Normativa 211 e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

XI - Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente.

XII – Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos.

XIII – Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar.

§ 1º Nos casos de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10, ficam asseguradas as seguintes coberturas em regime hospitalar, inclusive nas hipóteses de lesões auto-infligidas:

I – Internação por ano civil, não cumuláveis, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica, para os casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise e quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contados a cada 12 (doze) meses da contratação, há previsão de coparticipação de 30% (trinta por cento) dos custos.

II- Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização.

§ 2º Quando o período de internação, nos casos previstos no parágrafo anterior, ultrapassar os prazos previstos para a cobertura assistencial, o beneficiário ou seu responsável, ficará sujeito ao pagamento de coparticipação sobre todas as despesas decorrentes dos dias excedentes, nos termos do inciso VI do art. 22 deste Regulamento.

§ 3º Não serão cobertas as despesas decorrentes da permanência do paciente em unidade hospitalar após a alta médica, que serão de integral responsabilidade do beneficiário.

§ 4º Para fins do disposto no inciso XIV deste artigo, entende-se hospital-dia para transtornos mentais, como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

§ 5º Para fins do disposto no inciso XII deste artigo, deve ser observado o seguinte:

I - Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME, necessários à execução dos procedimentos contidos no anexo desta Resolução Normativa, respeitadas as diretrizes da ANVISA e da ANS.

II - O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pelo ASFEB Saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

III - Em caso de divergência entre o profissional requisitante e o ASFEB Saúde, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pelo ASFEB Saúde.

§ 6º Para fins do disposto no inciso XIII deste artigo, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

§ 7º Ainda para fins do disposto no inciso XIII deste artigo:

I - Em se tratando de atendimento odontológico, previsto neste Regulamento, o cirurgião-dentista assistente e/ou médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

II - Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

Seção III Do Atendimento Obstétrico

Art. 12 O atendimento obstétrico, compreende toda a cobertura definida no artigo 11 deste regulamento, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, tendo como referência o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, aprovado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, observadas as seguintes exigências:

I – Assistência pré-natal – consultas médicas e exames solicitados pelo médico assistente.

II – Assistência ao parto, cirúrgico ou não, por equipe médica integrante do corpo clínico da Rede Credenciada.

III - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

IV – Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

V – Cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la.

Parágrafo Único - Para fins do disposto no inciso V deste artigo, entende-se por pós-parto imediato as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

Seção IV Das Urgências e Emergências

Art. 13 Nos casos de urgência e emergência, fica assegurada a cobertura integral dos procedimentos, cuja não realização implicar em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente beneficiário, inclusive quando se referirem a processo gestacional, caracterizado por declaração do médico assistente, regendo-se o atendimento pela garantia de atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, desde a admissão do paciente até a sua alta.

§ 1º Para os fins do disposto neste artigo, entende-se por emergências, os eventos que implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados por declaração do médico assistente, e por urgência os eventos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

§ 2º Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência previstos no artigo 16 deste Regulamento, a cobertura estará assegurada até às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, em regime ambulatorial. Na hipótese do atendimento evoluir para internação, a critério do médico assistente, o beneficiário ou seu responsável deverá assumir a responsabilidade financeira da continuidade da assistência perante o prestador do serviço, desobrigando a ASFEB, na qualidade de operadora deste ônus.

§ 3º No caso de atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantida a cobertura, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do beneficiário ao ASFEB Saúde.

§ 4º A cobertura a que alude o presente artigo, inclui a remoção terrestre, quando solicitada pelo médico assistente, em virtude da falta de condições para prestação da assistência, para uma unidade hospitalar integrante da Rede Credenciada, quando o beneficiário já cumpriu o prazo de carência, ou para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários à continuidade do atendimento, quando o beneficiário se encontrar sem cobertura em função do período de carência.

§ 5º Na hipótese do paciente beneficiário ou seu responsável optar, mediante assinatura do termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquelas definidas no parágrafo anterior, ou quando não possa haver a remoção, por risco de morte, o responsável do beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando a ASFEB deste ônus e da responsabilidade médica.

Seção V Das Coberturas Adicionais

Art. 14. Além das coberturas previstas nas seções anteriores, que têm como referência o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ficam asseguradas as coberturas adicionais aos beneficiários do ASFEB Saúde relacionados no anexo I deste Regulamento.

CAPÍTULO V DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS

Art. 15 Ficam excluídos da cobertura assistencial do ASFEB Saúde os seguintes serviços e procedimentos:

I - Os não constantes no Rol de Procedimentos Médicos, aprovado através de Resolução do Conselho Superior da Saúde Suplementar – CONSU, exceto os previstos nas coberturas adicionais do artigo 14 deste regulamento.

II - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:

a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/ regularizados no país;

b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO;

c) cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label).

III - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

IV - Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

V - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais.

VI - Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde, importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA.

VII - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvado o disposto no artigo 14 desta Resolução Normativa.

VIII – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, exceto as coberturas previstas no Art. 14 deste Regulamento.

IX - Transplantes, exceto rim, córnea e medula óssea.

X – Consulta e tratamento clínico domiciliar, exceto na hipótese prevista no art. 14 deste Regulamento.

XI - Testes psicotécnicos, sessões, entrevistas, consultas ou tratamentos de psicoterapia de grupo.

XII – Fornecimento de imobilizadores ortopédicos usados em substituição ao gesso.

XIII - Assistência odontológica, exceto cirurgia buco-maxilo-facial, realizada em ambiente hospitalar, prevista no Art. 11 deste Regulamento.

XIV – Cirurgias plásticas, salvo as previstas no inciso IX do art. 11 e inciso XXII do art. 14 deste Regulamento.

XV – Remoção, por via aérea, exceto para os casos previstos no inciso V do artigo 14 deste Regulamento.

XVI – Estada em estâncias hidrominerais, hotéis, pensões, spas, clínicas de emagrecimento e afins, clínicas para acolhimento de idosos.

XVII - Assistência de enfermagem de caráter particular, em hospital ou em residência, mesmo que as condições do usuário exijam cuidados especiais ou extraordinários.

XVIII - Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar, cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC.

XIX – Procedimentos relacionados a métodos contraceptivos e suas conseqüências, exceto o implante DIU, cirurgias que visem à esterilidade, sendo laqueadura e vasectomia, observadas as normas previstas pelo Conselho Federal de Medicina.

XX – Cosmetologia e epilação (implante de cabelos).

XXI – Vacinas e/ou qualquer tipo de imunização, exceto as que forem fornecidas aos beneficiários do ASFEB Saúde, através de campanhas e programas de promoção à saúde.

XXII – Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

XXIII - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

XIV - Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

§ 1º Também estão excluídas das coberturas assistenciais do ASFEB Saúde as despesas extraordinárias de contas hospitalares, tais como: serviços telefônicos, lavagem de roupa, objetos destruídos ou danificados, refrigerantes e/ou qualquer outro tipo de bebida e outras despesas de caráter pessoal, bem como as despesas do acompanhante, exceto o fornecimento de alimentação, quando da internação hospitalar de paciente beneficiário, menor de 18 (dezoito) anos ou maior que 60 (sessenta) anos.

§ 2º Não serão cobertas as despesas decorrentes da permanência do paciente em unidade hospitalar após a alta médica, que serão de integral responsabilidade do beneficiário.

§ 3º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

§ 4º Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

§ 5º A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país, como órteses ou próteses, deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na internet (www.ans.gov.br).

CAPÍTULO VI DAS CARÊNCIAS

Art. 16 Os beneficiários do ASFEB Saúde somente farão jus aos serviços assistenciais especificados neste regulamento, após o cumprimento dos seguintes períodos de carência, contados da data do deferimento do pedido de adesão:

I – 24 (vinte e quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência, nos termos da Seção IV do Capítulo IV deste Regulamento.

II – 30 (trinta) dias para consultas médicas e exames laboratoriais realizados, em regime ambulatorial, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a seguir relacionados:

- a) bioquímica;
- b) coprologia (fezes);
- c) hematologia;
- d) microbiologia;
- e) uroanálise (urina).

III – 90 (noventa) dias para exames/procedimentos especiais e cirurgias/terapias em regime ambulatorial.

IV – 180 (cento e oitenta) dias para as internações clínicas e cirúrgicas (exceto partos a termo), remoção de pacientes (exceto para os casos de urgência e emergência) e demais casos previstos nas coberturas assistenciais asseguradas neste Regulamento.

V – 300 (trezentos) dias para partos a termo.

§ 1º Fica dispensado do cumprimento dos períodos de carência de que trata este artigo, o recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário titular, dependente, agregado, especial

ou empregado do ASFEB Saúde, desde que a adesão ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

§ 2º Em caso de inscrição de filhos adotivos, menores de 12 (doze) anos de idade, serão aproveitados os períodos de carências já cumpridos pelo beneficiário adotante, desde que a adesão ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção.

§ 3º – Salvo o disposto nos parágrafos 1º e 2º deste artigo, não serão aproveitados períodos de carência de um beneficiário em relação a outro, mesmo que haja relação de dependência.

§ 4º – A ASFEB poderá dispensar, total ou parcialmente, as carências previstas neste artigo, quando da adesão de beneficiários advindos de outro Plano Assistencial de Saúde Suplementar, desde que decorrente de celebração de convênio com outra entidade de classe, após estudos atuariais.

§ 5º - Excepcionalmente, poderão ser aproveitados os períodos de carência, salvo o período de carência para parto, quando o proponente comprovar ser beneficiário de plano de saúde com coberturas assistenciais e rede credenciada similares ao ASFEB Saúde, desde que aprovada pela Diretoria Executiva e ratificada pelo Conselho Deliberativo, caso a caso.

CAPÍTULO VII DA FORMA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Art. 17 - Os beneficiários serão atendidos por prestadores de serviços médicos e hospitalares de sua livre escolha, pertencentes à Rede Credenciada do ASFEB Saúde, mediante a apresentação do cartão de identificação, do documento de identidade e de guia de autorização prévia devidamente emitida pela ASFEB, quando necessária, nos termos do art. 18 deste Regulamento.

Parágrafo único. O beneficiário ou seu responsável, deverá conferir e assinar a respectiva fatura dos serviços prestados, observando os procedimentos realizados.

Art. 18 - Para efeito de atendimento e cobertura, será necessária autorização prévia pela ASFEB, na qualidade de operadora e gestora do plano de saúde, para os serviços previstos no anexo III deste Regulamento.

§ 1º Os pedidos de autorização deverão ser formalizados juntamente com a requisição ou relatório assinado pelo médico assistente, contendo todos os dados necessários à análise pela Perícia Médica do ASFEB Saúde, a quem caberá a emissão de parecer técnico.

§ 2º Para os procedimentos eletivos ambulatoriais e terapêuticos, o prazo de autorização é de 48 (quarenta e oito) horas após a análise dos pedidos de autorização, desde que apresentados com a documentação necessária.

§ 3º As solicitações de internamentos clínicos, cirúrgicos, químicos e/ou psiquiátricos eletivos, deverão seguir as instruções previstas na resolução da Diretoria Executiva da ASFEB.

§ 4º Nos procedimentos ambulatoriais ou hospitalares eletivos, que necessitem de OPME (órtese, prótese e materiais especiais), o prazo de autorização deverá seguir as instruções previstas na resolução da Diretoria Executiva da Asfeb.

§ 5º As internações e procedimentos em caráter de urgência ou emergência, deverão ser realizados sem autorização prévia e comunicados à ASFEB, até o primeiro dia útil subsequente, para que seja emitida guia de autorização correspondente, sob pena da não cobertura das despesas resultantes do atendimento.

§ 6º As guias de autorização para exames, tratamentos e internação, terão validade de 30 (trinta) dias, contados da data da solicitação do médico assistente.

§ 7º A ASFEB, na qualidade de operadora, se reserva no direito de solicitar diretamente dos credenciados ou prestadores de serviços que tenham assistido ao beneficiário do ASFEB Saúde, todas as informações que julgar necessárias para elucidação de assuntos relacionados aos procedimentos realizados.

§ 8º A concessão ou não da autorização requerida deverá considerar o parecer da Perícia Médica do ASFEB Saúde, bem como as carências, a não cobertura do procedimento e outros aspectos legais pertinentes.

§ 9º O médico assistente poderá solicitar a prorrogação do tempo de internação por meio de laudo fundamentado, para que se proceda à análise e decisão do pedido.

Art. 19 – O beneficiário responderá, integralmente, pelo ônus decorrente da contratação de honorários médicos e outros serviços, inclusive de seus dependentes, quando:

I – Omitir a sua condição de inscrito no ASFEB Saúde.

II – Utilizar-se de prestadores não conveniados, em localidade onde houver entidade credenciada que preste o serviço especializado necessário, inclusive na rede credenciada das entidades congêneres conveniadas em reciprocidade, exceto consultas médicas, honorários médicos em procedimentos eletivos e nas situações de emergência e urgência.

CAPÍTULO VIII DOS CONVÊNIOS E SERVIÇOS

Seção I

Da Rede Credenciada

Art. 20 - A ASFEB colocará à disposição dos beneficiários do ASFEB Saúde para prestação de serviços de assistência médica ambulatorial, hospitalar e obstétrica, com a cobertura assegurada nos termos deste Regulamento, Rede Credenciada de prestadores de serviços ambulatoriais laboratoriais, hospitalares e terapêuticos.

Parágrafo único. Os beneficiários do ASFEB Saúde serão informados sobre a Rede Credenciada através de Guia Médico impresso e no sítio da operadora na internet.

Art. 21 - Os contratos de credenciamentos para prestação de serviços de assistência médica ambulatorial, hospitalar e obstétrica, serão celebrados considerando os seguintes aspectos:

I - A qualificação técnica dos profissionais responsáveis.

II - Demanda de utilização dos serviços assistenciais.

III- Regularização do estabelecimento através de documentação exigida pelos órgãos responsáveis.

§ 1º Havendo o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos no plano assistencial, o mesmo permanecerá internado até a regular alta hospitalar e as despesas apuradas correrão por conta da ASFEB.

§ 2º Se durante a internação do beneficiário, ocorrer o descredenciamento de estabelecimento hospitalar, em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, a ASFEB responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para o mesmo.

Seção II

Do Convênio de Reciprocidade

Art. 22 - O ASFEB Saúde poderá celebrar convênio de reciprocidade com entidade congênere, para fins de assistência à saúde em outra unidade da Federação, respeitadas as normas emanadas da ANS.

Parágrafo Único. Considera-se entidade congênere:

I- A que congrega servidores das administrações tributárias da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

II- A de autogestão, conforme definido em normas da ANS.

Art. 23 - O beneficiário do ASFEB Saúde será atendido fora do Estado, mediante convênio de reciprocidade, em casos de:

I- Urgência ou emergência.

II- Residência em outra unidade da Federação.

§ 1º Na hipótese do inciso I do caput, o atendimento médico-hospitalar fica restrito a estabelecimento contratante do Manual de Convênio Reciprocidade.

§ 2º Na hipótese do inciso II do caput, o usuário deverá solicitar ao ASFEB Saúde autorização para utilização da rede credenciada pela entidade congênere da unidade da Federação na qual reside.

§ 3º Para fins do disposto no §2º, quando houver convênio reciprocidade com mais de uma entidade congênere no mesmo Estado, caberá à Diretoria Executiva do ASFEB Saúde definir a rede a ser utilizada pelo beneficiário.

Art. 24 - Na assistência ao beneficiário, o ASFEB Saúde por meio de entidade congênere serão observadas as normas deste Regulamento.

Art. 25 - O beneficiário quando atendido na rede credenciada da entidade congênere, será identificado por meio de documento oficial de identidade e:

- I- Da carteira de identificação do beneficiário, na hipótese de urgência e/ou emergência.
- II- Autorização específica, expedida pelas entidades congêneres.

Parágrafo único. Em caso de internação, o beneficiário deverá comunicar o fato no primeiro dia útil seguinte ao atendimento, ao ASFEB Saúde e à entidade congênere, para obtenção da autorização.

Seção III

Da Rede Conveniada Terceirizada

Art.26 - Nas regiões ou localidades com dificuldade de contratação direta e observadas as normas expedidas pela ANS, o ASFEB Saúde poderá contratar outra operadora para utilização de sua rede conveniada de prestação de serviços de assistência à saúde pelos usuários residentes nessas regiões ou localidades.

§ 1º Na hipótese do caput, a assistência à saúde será prestada nos termos e limites deste Regulamento, cabendo à operadora contratada fornecer carteira específica para o atendimento.

§ 2º Salvo em casos de urgência ou emergência, o usuário arcará com a diferença entre os valores cobrados pela operadora contratada e os praticados pelo ASFEB Saúde quando:

- I- Utilizar a carteira emitida pela operadora contratada e o profissional ou o estabelecimento que prestar o serviço for também credenciado pelo ASFEB Saúde.
- II- Utilizar a carteira emitida pela operadora contratada em localidade onde o ASFEB Saúde prestar a assistência à saúde, somente mediante rede credenciada própria.

§ 3º O beneficiário do ASFEB Saúde poderá utilizar a carteira emitida pela operadora contratada para atendimento fora do Estado, somente em casos de urgência ou emergência, onde não houver convenio de reciprocidade.

§ 4º O contrato de que trata o caput deste artigo será rescindido assim que o ASFEB Saúde constituir rede própria satisfatória para a localidade ou região.

**CAPÍTULO IX
DO PLANO DE CUSTEIO**

**Seção I
Das Contribuições dos Beneficiários**

Art. 27 - A contribuição mensal relativa a cada beneficiário do ASFEB Saúde será definida consoante o rateio das despesas assistenciais, administrativas e outras delas decorrentes, bem como de valores referentes às reservas técnicas, previstas nos art. 30, entre todos os beneficiários inscritos, na proporção das suas respectivas cotas.

§ 1º A cota devida por cada beneficiário, no que tange ao quantitativo por faixa etária, passa a vigor conforme tabela a seguir:

TABELA DE REDISTRIBUIÇÃO DAS COTAS APROVADA NA ASSEMBLEIA DE ACORDO COM ART. 27 §1º DO REGULAMENTO DO ASFEB SAÚDE

Faixas etárias - Número de cotas (1)		
I	De 0 a 18 anos	0,62 cota
II	De 19 a 23 anos	0,75 cota
III	De 24 a 28 anos	0,85 cota
IV	De 29 a 33 anos	1,00 cota
V	De 34 a 38 anos	1,15 cota
VI	De 39 a 43 anos	1,40 cota
VII	De 44 a 48 anos	1,70 cota
VIII	De 49 a 53 anos	2,10 cota
IX	De 54 a 58 anos	2,35 cota
X	De 59 ou mais	3,60 cota

(1) Cota apurada através de estudo de análise Atuarial

(Reformulado na Assembleia Geral Extraordinária de 24 de abril de 2012).

§ 2º O valor unitário de cada cota será apurado no primeiro mês de cada trimestre civil, com vigência a partir do mês subsequente, tendo por base a média das despesas ocorridas no semestre anterior, acrescida de margem de segurança estimada a partir do desvio-padrão apresentada pelas despesas no mesmo período, observando-se os valores mínimo e máximo, nos termos dos parágrafos 2º e 3º do art. 30 deste Regulamento.

§ 3º Para fins de apuração da média mensal ajustada de despesas, será aplicada a média mensal das despesas contabilizadas, fator de ajuste atuarial que considere o desvio padrão.

§ 4º O beneficiário que for residir no exterior por mais de 3 (três) meses, poderá requerer o benefício da redução em 50% (cinquenta por cento) das mensalidades do ASFEB Saúde durante a sua permanência no exterior, devendo a saída e o retorno ser comprovados pelo documento de embarque anexado ao requerimento do pleito pelo titular.

§ 5º A participação do beneficiário empregado, com base na cota, será de acordo com a tabela abaixo:

Faixa Salarial	ASFEB	EMPREGADO
01 a 03 salários mínimos	90%	10%
03 a 06 salários mínimos	70%	30%
Mais de 06 salários mínimos	50%	50%

§ 6º A participação do beneficiário dependente do beneficiário empregado, com base na cota, será de acordo com a tabela abaixo:

Faixa Salarial	ASFEB	EMPREGADO
01 a 03 salários mínimos	80%	20%
03 a 06 salários mínimos	60%	40%
Mais de 06 salários mínimos	40%	60%

§ 7º Decorrido o prazo de 30 (trinta) dias do vencimento do débito sem o pagamento ou recurso formal à Diretoria Executiva da ASFEB, o débito será considerado líquido e certo, constituindo título executivo extrajudicial, podendo ser encaminhado para execução judicial, independente da exclusão do beneficiário.

Seção II Da Coparticipação

Art. 28 - Quando da utilização dos serviços assistenciais médico-hospitalares assegurados pelo ASFEB Saúde, haverá cobrança de coparticipação financeira do beneficiário, com base nos seguintes critérios e percentuais ou valores:

I – Consultas médicas: 20% (vinte por cento) dos custos, a partir da 7ª (sétima) consulta no ano civil, excluídas as realizadas em regime de pronto atendimento (urgência e emergência), com vigência a partir de 01 de janeiro de 2011.

II – Exames e procedimentos laboratoriais simples relacionados no anexo II deste Regulamento: 20% (vinte por cento) dos custos, a partir do 11º (décimo primeiro) evento no ano civil, excluídos os realizados em regime de pronto atendimento (urgência e emergência), com vigência a partir de 01 de janeiro de 2011:

- a) bioquímica;
- b) coprologia (fezes);
- c) hematologia;
- d) microbiologia;
- e) uroanálise (urina).

III – Fisioterapia e fonoaudiologia: 20% (vinte por cento) dos custos em regime ambulatorial a partir do 7º (sétimo) evento por ano civil, exceto em regime de internamento, com vigência a partir de 01 de janeiro de 2011.

IV- Terapia ocupacional, psicologia, psicoterapia, psicomotricidade ou demais tratamentos destinados à saúde mental, em regime ambulatorial: 20% (vinte por cento) dos custos a partir do 7º (sétimo) evento por ano civil, exceto em regime de internamento, com vigência a partir de 01 de janeiro de 2011.

V - Demais procedimentos, serviços de apoio diagnóstico ou tratamentos: 20% (vinte por cento) dos custos, a partir do 6º (sexto) evento, exceto os procedimentos de endoscopia digestiva, colonoscopia, curativos, biopsias, polipectomia, pequenas cirurgias, os procedimentos realizados em regime de pronto atendimento ambulatorial (urgência e emergência) ou em internamento, com vigência a partir de 01 de janeiro de 2011.

VI- Nas coberturas decorrentes de transtornos químicos e psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10, conforme previsão do art. 11, em relação às despesas decorrentes dos dias superiores a 30 (trinta) após transcorrido um ano de contrato, caberá a coparticipação de 30% (trinta por cento) dos custos.

VII - Cirurgia plástica, após realização de cirurgia bariátrica e a estabilização do peso, para correção de lipodistrofia de membros, ptose mamária ou queixo duplo decorrentes do emagrecimento: 20% (vinte por cento) dos custos.

VIII- Cirurgia plástica para correção de lipodistrofia de membros, ptose mamária, abdômen em avental ou queixo duplo após estabilização do peso decorrentes de emagrecimento: 20% (vinte por cento) dos custos.

IX- Ficam isentos do percentual de coparticipação os procedimentos cirúrgicos realizados em ambiente ambulatorial, exceto os procedimentos previstos do percentual de coparticipação descritos no art 14.

X- Os atendimentos realizados em períodos de carência pelos beneficiários do ASFEB Saúde terão coparticipação de 100% (cem por cento).

XI- 20% (vinte por cento) dos custos para os procedimentos terapêuticos de hidroterapia, acupuntura, escleroterapia e pilates realizados em regime ambulatorial, exceto quimioterapia, hemoterapia, radioterapia e nefrolitotripsia.

§ 1º A coparticipação prevista no inciso V deste artigo fica limitada ao valor de uma cota de contribuição, por procedimento, exceto os previstos no artigo 14.

§ 2º Não será devida a coparticipação, quando a assistência for prestada em regime de internação hospitalar, ressalvada a hipótese prevista nos incisos VI, VII e VIII deste artigo.

§ 3º Ficam dispensados do percentual de coparticipação previsto no inciso II e V deste artigo, os beneficiários que realizarem os procedimentos específicos de radioterapia, quimioterapia, hemodialise e nefrolitotripsia e os oncológicos, exames de controle, etc.

§ 4º É assegurado a isenção aos beneficiários portadores de afecções congênitas ou perinatais causadoras de retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, quanto aos valores de coparticipação na utilização dos serviços previstos nos incisos III e IV do presente artigo.

§ 5º Será estendida a isenção prevista no parágrafo anterior aos beneficiários vitimados em acidentes pessoais, durante o prazo de 12 (doze) meses, contados da data da ocorrência do acidente.

§ 6º Não será devida a coparticipação relativamente a consultas, exames e procedimentos realizados no âmbito de programas destinados à promoção à saúde e prevenção de doenças, sendo de responsabilidade do ASFEB Saúde, desde que o beneficiário aceite as condições estabelecidas no programa.

§ 7º Não será devida a coparticipação referente aos medicamentos quimioterápicos, oncológicos, de alto custo injetáveis ou orais, fornecidos em modalidade domiciliar aos beneficiários do ASFEB Saúde.

Seção III Da Forma e do Prazo de Pagamento

Art. 29 - A ASFEB cobrará os valores relativos às mensalidades, coparticipação, taxa de adesão, taxa de segunda via do cartão de identificação e da multa por exclusão, prevista no § 1º do art. 8º, conforme autorização do beneficiário, através das seguintes formas e prazos:

I - Débito em conta corrente, no último dia útil do mês e, em relação aos beneficiários titulares, no dia do pagamento do respectivo lote pela Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia.

II - Consignação em folha, na data do pagamento.

§ 1º Na impossibilidade de cobrança de débitos nas formas e prazos previstos nos incisos I e II deste artigo, o pagamento se dará através de débito em conta corrente ou boleto bancário, até o dia 05 (cinco) do mês subsequente ao da cobertura.

§ 2º Os valores relativos à coparticipação serão cobrados do beneficiário no mês subsequente ao do pagamento dos valores ao prestador de serviço.

§ 3º O débito do beneficiário, não quitado no prazo, será acrescido de juros de 1% (um por cento) por mês ou fração de atraso e multa de 2% (dois por cento).

Seção IV Das Garantias Financeiras

Art. 30 - Serão constituídas garantias financeiras necessárias à manutenção e expansão do programa assistencial de saúde suplementar:

I – Fundo de Reserva Técnica.

II – Fundo de Estabilização da Cota.

§ 1º O Fundo de Reserva Técnica será formado pelo valor correspondente ao percentual de 5% (cinco por cento) incidente sobre as receitas realizadas, relativas às cotas dos beneficiários do ASFEB Saúde e somente será utilizado após aprovação do Conselho Deliberativo.

§ 2º O Fundo de Estabilização da Cota tem o objetivo de promover a estabilização da cota, sendo formado pelo saldo disponível no fluxo de caixa do mês anterior.

CAPÍTULO X DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 31- O beneficiário que se julgar prejudicado, em relação à assistência promovida pelo ASFEB Saúde, poderá dirigir-se à Diretoria Executiva da ASFEB para avaliação da questão, podendo, inclusive, recorrer ao Conselho Deliberativo, em caso de inconformidade com a decisão, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da data da ciência da decisão.

§ 1º Considerando que o ASFEB Saúde é plano de assistência à saúde condominial, preferencialmente, o beneficiário deverá adotar o procedimento previsto no caput deste artigo, antes de promover qualquer ação judicial.

§ 2º A Diretoria Executiva não poderá autorizar coberturas assistenciais além das previstas neste Regulamento, sob pena de ter que ressarcir à ASFEB os custos decorrentes da decisão. (Redação dada pela Assembleia Geral Extraordinária de 11.09.2007)

§ 3º As decisões do Conselho Deliberativo somente serão válidas com os votos favoráveis de 8 (oito) conselheiros. (Parágrafo acrescentado pela Assembleia Geral Extraordinária de 11.09.2007)

§ 4º Em caso de deferimento de pleito relativo à cobertura assistencial, reembolso ou dispensa de coparticipação, o Conselho Deliberativo deverá publicar a decisão no jornal e na home page da ASFEB, preservando-se a identidade do beneficiário. (Parágrafo acrescentado pela Assembleia Geral Extraordinária de 11.09.2007)

Art. 32 - Os beneficiários são obrigados a zelar pelo cumprimento deste Regulamento do ASFEB Saúde, por si próprio e por seus dependentes, respondendo por qualquer irregularidade praticada que transgrida ou possibilite o descumprimento das regras estabelecidas.

Art. 33 - Todos os bens, direitos, obrigações e as operações relacionadas com as receitas e despesas relativas ao plano ASFEB Saúde, deverão ser contabilizados de forma distinta e segregadas por departamentos e centros de custos dos demais bens, direitos, obrigações e operações relacionadas com as receitas e despesas da ASFEB, observando-se as diretrizes e determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Parágrafo único. As movimentações de todos os valores relativos às atividades do ASFEB Saúde deverão ser realizadas através de contas bancárias específicas, separadas das demais movimentações de valores realizadas pela ASFEB.

Art. 34 - A área geográfica de cobertura assistencial do plano ASFEB Saúde estende-se a todo território nacional para urgência e/ou emergência, devendo para tanto, observar os convênios de reciprocidade mantidos com entidades congêneres, que são informadas no verso do cartão de identificação do beneficiário, previsto no art. 7º deste Regulamento.

Art. 35 - A Diretoria Executiva da ASFEB expedirá normas complementares, mediante Resolução, quando entender necessárias ao bom desempenho deste plano assistencial.

Art. 36 - Fica autorizada a Diretoria Executiva da ASFEB promover campanhas de promoção de compra de carência visando a oxigenação do plano de saúde, devendo estabelecer o prazo limite de duração da campanha.

Art. 37 – O presente regulamento entrará em vigor na data do seu registro no Cartório Civil de Pessoas Jurídicas, na forma da lei, ficando revogadas as disposições estabelecidas no regulamento anterior, bem como as Resoluções expedidas antes da vigência deste regulamento.

ANEXOS

Anexo I – Coberturas Adicionais

Anexo II – Cobertura de exames laboratoriais simples

Anexo III- Procedimentos que necessitam de autorização prévia

Anexo IV - Procedimentos que necessitam de perícia médica

Os anexos previstos neste Regulamento estarão disponíveis no site do ASFEB Saúde:

<http://www.asfeb.org.br/>

Salvador, BA, 24 de abril de 2012

Alfredo Marcelino Pereira – OAB/BA 13.287