

Resposta ao pedido de Esclarecimento

1. Qual é a operadora de plano de saúde atualmente contratada? Quais foram os últimos três reajustes aplicados?

Unimed BH, reajustes 2022 – 4,0%; 2023 – 7,75%; 2024 – 8,0%

2. Existem pacientes em home care? Caso afirmativo, favor identificar a cidade/UF, fornecer relatório médico com detalhamento das patologias, tratamento terapêutico e estado clínico. Há beneficiários internados? Em caso positivo, indicar hospital, CID e data de internação.

Não temos conhecimento

3. Existem beneficiários que fazem uso de medicamentos de alto custo, como o SPINRAZA? Caso afirmativo, quantos são e quais medicamentos estão sendo utilizados?

Não temos conhecimento

4. É correto entender que os atendimentos deverão abranger apenas aqueles elencados no Rol da ANS?
SIM
5. Em relação às condições de reembolso, é correto entender que será realizado com base na tabela da operadora, conforme disposto pela ANS, e que o contrato poderá seguir apenas às exigências mínimas impostas pela agência?

Não. Se o beneficiário, em caso de urgência e/ou emergência, não conseguir utilizar-se dos serviços contratados conforme disposto neste Termo de Referência, na rede própria ou credenciada, poderá realizar o atendimento na condição de cliente particular, e a CONTRATADA obrigará-se a reembolsar diretamente e integralmente ao usuário os gastos realizados, conforme regulamentado pela ANS – Agência Nacional de Saúde.

6. É correto entender que o contrato se submeterá às carências contratuais previstas pela ANS, exceto nos casos de novos funcionários contratados, novos nascimentos, casamentos e adoção?

Não, o plano deve ser entregue sem carências aos funcionários.

7. É correto entender que a rede/guia médico deverá ser apresentada dentro do prazo determinado pela ANS ou em prazo menor, de acordo com a possibilidade da operadora?

Guia médico deverá ser apresentado no ato da assinatura do contrato.

8. É correto entender que os casos de remoção serão inter-hospitalares, caso necessário, por solicitação do médico assistente dentro da área de abrangência do produto contratado?

A operadora de saúde deverá disponibilizar o serviço de remoção aérea em todo o território nacional – serviço Aeromédico, para os casos em que haja indicação médica, através de aeronaves equipadas com UTI, nos termos estabelecidos pela ANS.

9. É correto entender que a presente oportunidade visa contratar plano de saúde apenas para servidores/funcionários ativos e seus dependentes?

➤ Não, contratação de plano para servidores ativos, seus dependentes **e agregados Pai e Mãe** opcional caso o funcionário deseje inclui-lo.

10. correto entender que a oportunidade prevê também a inclusão de beneficiários inativos e seus dependentes legais, quando os mesmos passarem à inatividade durante a contratação e desde que participem no custeio do plano conforme as resoluções da ANS?

➤ Sim, o contrato pactuado, deverá haver previsão, segundo os princípios da boa fé e probidade, para a cobertura de serviços de assistência médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia aos ex-empregados, aposentados e beneficiários titulares que, porventura se desligarem do CRM-MG, ou se aposentarem, e a seus dependentes, que tenham contribuído com pagamento de contraprestação pecuniária, a manutenção da condição de beneficiário nos termos e pelo período instituído pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 03.06.98 conforme a Resolução Normativa nº 488/2022 da ANS e legislação regulatória vigente quando do evento;

11. É correto entender que os servidores/funcionários titulares inativos deverão custear 100% de seus planos de saúde e de seus dependentes, com cobrança realizada diretamente pela operadora, via boleto?

Sim. Ver item 5.2.6, letra D, do Termo de Referência.

12. É correto entender que o pagamento para os usuários inativos e seus dependentes legais será via desconto em folha, em fatura única emitida em favor do órgão contratante, assim como a cobrança dos ativos?

Não, o contrato do INATIVOS é apartado do contrato dos ativos, e toda cobrança dos INATIVOS deverá ser feita diretamente com eles.

13. É correto entender que, para os usuários inativos e seus dependentes legais, será aplicada uma tabela diferente daquela destinada aos usuários ativos, com incidência de reajuste realizado em separado e sinistralidade calculada separadamente dos ativos, conforme permitido pela ANS?

Sim, porém deve atentar ao item 5.2.6, letra D, do Termo de Referência.

14. Qual o percentual de custeio do órgão para seus servidores/funcionários ativos?

Conselho arca com 100% do plano de saúde para os titulares e dependentes legais, o funcionário paga o valor integral da co-participação, bem como, do valor integral do plano de saúde dos pais se optar por inclui-los.

15. Qual o percentual de custeio do órgão para o plano de saúde dos dependentes de seus servidores/funcionários ativos?

Conselho arca com 100% do plano de saúde para os titulares e dependentes legais, o funcionário paga o valor integral da co-participação, bem como, do valor integral do plano de saúde dos pais se optar por inclui-los.

16. É correto entender que a adesão ao plano de saúde é voluntária por parte do servidor, sendo facultada a sua inclusão no plano de saúde ao seu pedido de inscrição junto à entidade contratante?

Sim, mas como o plano é custeado pela empresa, 96% dos funcionários fazem adesão.

17. É correto entender que a movimentação dos usuários (inclusões e exclusões) será realizada pela entidade contratante em site indicado pela operadora e deverá seguir os prazos previstos pela ANS?

Sim, a inclusão e exclusão será feita pela empresa contratada e a contratante deverá atender à solicitação em NO MÁXIMO 10 dias.

18. Referente ao pagamento, é correto entender que será por desconto em folha de pagamento com emissão de fatura única emitida em favor da entidade?

Não, o pagamento será através da emissão da NF e Boleto, terá desconto em folha apenas da coparticipação

19. É correto entender que o reajuste será mediante percentual estabelecido pela ANS, de acordo com as exigências previstas para cada modalidade de contratação, considerando-se a faixa etária?

Sim, o reajuste dos preços cobrados no contrato celebrado com a empresa contratada terá como parâmetro o índice de reajuste fixado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os planos individuais e familiares, e nunca em período inferior a 12 (doze) meses.

20. Poderá ser aplicado reajuste técnico (de acordo com o percentual de sinistralidade anual), desde que em consonância com as disposições legais aplicáveis?

8.4 Com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, a CONTRATADA poderá solicitar revisão do seu valor, na data do reajuste previsto no item anterior, desde que comprove o desequilíbrio contratual por meio de documentação pertinente, **a qual seja analisada e aprovada pelo CRM-MG** conforme critérios previstos na legislação aplicável.

21. Poderá ser aplicado reajuste financeiro (conforme índice anual da ANS), desde que em consonância com as disposições legais aplicáveis? SIM

22. Poderá ser aplicado reajuste técnico e financeiro, de forma concomitante, desde que em consonância com as disposições legais aplicáveis?
sim

23. É correto entender que o manual da rede credenciada e a carteirinha do beneficiário poderão ser fornecidos eletronicamente via site ou aplicativo?

Sim

24. Em algumas localidades, a prestação dos serviços poderá ser oferecida por rede credenciada de operadora parceira (rede indireta)? Não.

25. É correto entender que é de responsabilidade do órgão o arquivamento dos documentos de elegibilidade, comprovação de grau de parentesco e autorizações dos beneficiários para adesão ao plano e consignação em folha de pagamento de seus servidores/funcionários?

Sim