

plano de
saúde

O QUE SABER



GUIA DO CONSUMIDOR

Informações importantes para contratar
e usar bem seu plano de saúde



FenaSaúde

Federação Nacional de Saúde Suplementar

plano de
saúde

O QUE SABER

GUIA DO CONSUMIDOR

Informações importantes para contratar
e usar bem seu plano de saúde

2ª EDIÇÃO

SUMÁRIO

- 8** **1. INTRODUÇÃO: PRINCÍPIOS BÁSICOS SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR**
- 18** **2. O PAPEL DA ANS**
- 26** **3. MANTENHA-SE INFORMADO**
- 30** **4. TIPOS DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE**
- 36** **5. PLANOS NÃO REGULAMENTADOS, ADAPTADOS, REGULAMENTADOS E MIGRAÇÃO**
- 42** **6. CARÊNCIAS**
- 46** **7. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)**
- 50** **8. TIPOS DE CONTRATAÇÃO: INDIVIDUAL/FAMILIAR OU COLETIVA**
- 56** **9. APOSENTADORIA OU DEMISSÃO OU EXONERAÇÃO**

60	.....	10. TIPOS DE PLANOS QUANTO À COBERTURA ASSISTENCIAL
72	.....	11. EXTRATO DO BENEFICIÁRIO
74	.....	12. REDE DE ATENDIMENTO
80	.....	13. URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
84	.....	14. PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS
92	.....	15. REAJUSTES DE MENSALIDADES
102	.....	16. REEMBOLSO
106	.....	17. FALE COM SUA OPERADORA
111	.....	DIRETORIA DA FENASAÚDE

APRESENTAÇÃO

Caro Beneficiário,

Este guia foi elaborado para ajudar você a utilizar bem seu plano de saúde. Prático e fácil de consultar, explica os principais pontos que podem gerar dúvidas, como procedimentos cobertos e garantidos pela lei para cada tipo de plano e os prazos de carência nas diversas situações, entre outros aspectos. Essas são informações muito úteis tanto para quem já tem plano quanto para os que acabam de adquirir ou pretendem contratar um. É leitura importante, também, para quem ingressou no plano da empresa.

É fundamental saber identificar, por exemplo, se a rede credenciada é adequada às necessidades do beneficiário e o que acontece em caso de urgência ou emergência, se ele estiver em prazo de carência. Há explicações sobre as diferenças entre planos individuais (para uma pessoa ou familiar) e planos coletivos (como os oferecidos a funcionários como benefício), além de informações sobre pontos como reembolso, portabilidade e manutenção do plano na aposentadoria ou demissão.

O guia detalha, ainda, como a operadora de plano de saúde funciona, qual o papel dos órgãos reguladores do setor de Saúde Suplementar e deixa claro como o reajuste da mensalidade é calculado.

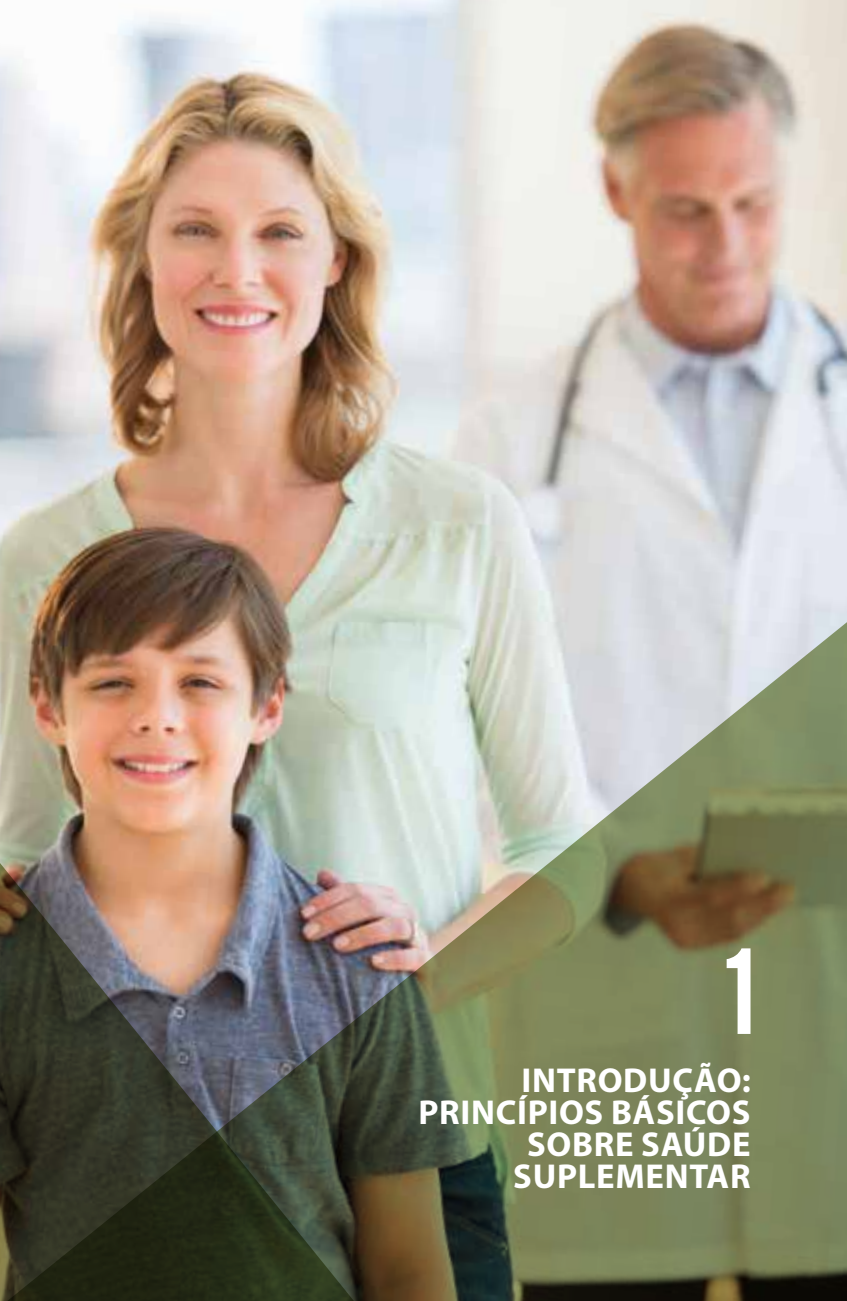
Consulte-o sempre que precisar. Caso reste alguma dúvida, fale com sua operadora.

Boa leitura!

Solange Beatriz Palheiro Mendes

Presidente da FenaSaúde

Julho de 2016



1

INTRODUÇÃO: PRINCÍPIOS BÁSICOS SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR

1.1 | O setor privado

Você sabe o que significa Saúde Suplementar? Preste bastante atenção, porque este serviço é procurado por um número cada vez maior de brasileiros: trata-se da assistência à saúde do cidadão garantida por **empresas operadoras de planos e seguros de saúde**, ou seja, fora do **Sistema Único de Saúde (SUS)**.

Projeções apontam que, em 2025, o setor privado será responsável pelo atendimento de aproximadamente 80,0 milhões de pessoas em todo o país. O bom funcionamento desse sistema e sua **sustentabilidade** no futuro dependerão de seus gestores, de políticas governamentais e do uso adequado dos recursos médicos pelos maiores interessados: beneficiários dos planos e seguros de saúde.

BENEFICIÁRIOS DE
PLANOS E SEGUROS
DE SAÚDE

71,4
milhões
em 2015



DESPESAS COM
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DOS BENEFICIÁRIOS

R\$ 121,5
bilhões
em 2015



1.2 | O SUS

Segundo a **Constituição Federal**, promulgada em 1988, o sistema público tem a missão de **universalizar** o acesso à saúde. Isso quer dizer, portanto, que deve oferecer atendimento de qualidade a todos os brasileiros, beneficiários ou não de planos.

O sistema privado – composto de operadoras de planos e seguros de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas, centros médicos, médicos, dentistas e outros profissionais e entidades – tem a finalidade de **suplementar** o SUS na atenção à saúde.

Artigo 196:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Artigo 197:

“Cabe ao poder público regular, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde.”

Artigo 199:

“As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste”.

1.3 Quem é quem no setor privado

A Saúde Suplementar reúne os serviços prestados por **operadoras de saúde**, assim classificadas:



Os beneficiários devem ser fiscalizadores dos gastos com a saúde, evitando que o desperdício inviabilize o funcionamento do sistema privado no futuro. Se você conhece alguém que tem o mesmo plano de saúde contratado por você e que faz mau uso dele, saiba que essa pessoa prejudica você e todos os demais participantes da carteira de clientes. Ajude a passar esta informação adiante e oriente.

1.4 | Como o segmento se organiza

As operadoras remuneram os serviços de saúde, oferecidos por **médicos, laboratórios, clínicas, hospitais, centros médicos** e outros agentes. À exceção das seguradoras especializadas em saúde, as operadoras também podem prestar serviços assistenciais diretamente.

Consultas, exames, internações, cirurgias e tratamentos clínicos são serviços remunerados com as mensalidades pagas por beneficiários dos planos de saúde que formam as carteiras de clientes.

Cada plano ou seguro de saúde oferecido aos consumidores pelas operadoras – **são mais de 1.100 empresas com beneficiários em atuação no país** – se diferencia por aspectos apresentados e negociados com o futuro beneficiário, no momento da contratação. São eles:

- Área geográfica coberta
- Cobertura de rede de serviços escolhida
- Padrão de conforto
- Carências a serem cumpridas

1.5 | Perfil dos beneficiários e distribuição das despesas

Hoje, aproximadamente **25% da população brasileira** têm planos de saúde. São mais de **49,4 milhões** de beneficiários dos serviços de assistência médica. Outros **22 milhões** são clientes de planos exclusivamente odontológicos. Para aproveitar melhor estes benefícios, o cidadão precisa entender como os recursos são geridos.



71

milhões de beneficiários de planos e seguros de saúde em 2015



49

milhões de beneficiários de planos médicos



22

milhões de beneficiários de planos odontológicos



TIRE SUAS DÚVIDAS

POR QUE OS PLANOS DE SAÚDE FICAM MAIS CAROS COM O AVANÇAR DA IDADE?

Como se sabe, a probabilidade de internações e longos tratamentos, cada vez mais caros, é bem maior com a idade. Com isso, sobem também as despesas, que impactam as mensalidades.

POR QUE SÃO NECESSÁRIOS REAJUSTES ANUAIS?

Um dos maiores desafios para o setor de saúde é a inflação médica, que em todo o mundo é muito superior à inflação que mede os demais preços da economia. Insumos, medicamentos, materiais, equipamentos, diárias em clínicas e hospitais sofrem reajustes que impactam a precificação das mensalidades. Outros fatores, como o aumento da utilização do plano e a incorporação de novas tecnologias, por vezes mais caras que as existentes, também influenciam no custo dos planos.

POR QUE OS PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAIS, EM ALGUNS CASOS, TÊM VALORES MAIS ACESSÍVEIS?

Primeiramente, porque o plano coletivo é contratado por um número maior de pessoas e no mesmo momento. Desta forma, o contratante tem uma margem mais ampla para negociação dos valores, o que barateia o plano de saúde para o beneficiário final. A grande diversidade do perfil de participantes em uma mesma carteira de clientes também dilui as despesas, permitindo a viabilidade financeira do plano.

1.6 | Como se organiza o plano de saúde

O plano de saúde, médico ou odontológico, é administrado como um **fundo mútuo**. **A função da operadora é organizar a prestação de serviços de assistência à saúde e as contribuições**, ou seja, administrar os valores pagos mensalmente pelas pessoas que compõem o fundo.

As mensalidades são a única fonte de recursos do plano de saúde. Quando o beneficiário do plano precisa de atendimento e faz uso de procedimentos como exames, cirurgias, entre outros, a operadora de saúde providencia o pagamento destas despesas aos prestadores de serviços ou reembolsa o beneficiário.

EXEMPLOS DE DESPESAS:

- Honorários dos profissionais de saúde, como médicos, dentistas, psicólogos, nutricionistas e outros.
- Exames de laboratório.
- Diárias em clínicas e hospitais.
- Medicamentos administrados na internação.
- Uso de materiais.
- Alimentação.
- Taxas por uso de salas e equipamentos.



Todas essas despesas são salgadas com recursos do fundo mútuo. **A impontualidade no pagamento e o uso indevido dos serviços de saúde prejudicam todos** os integrantes do grupo, ou seja, os clientes da carteira da operadora de planos de saúde.

1.7 | Mutualismo ou, simplesmente, contribuição solidária

O fundo do plano de saúde é gerido dentro do princípio do **mutualismo**, uma palavra incomum, que remonta a conceito idealizado por antigas civilizações.

Ao reunir os navegadores em grupos e formar **reservas** para enfrentar **situações de risco** marítimo, os fenícios – sociedade asiática que existiu entre os séculos X e XI a.C. – criaram o mutualismo e foram pioneiros no sistema de cooperação para fins comerciais.

O mutualismo – ou seja, a contribuição de um grupo para o benefício de cada um, em caso de necessidade – explica por que o mau uso por alguns beneficiários do plano de saúde afeta a mutualidade, o equilíbrio e o bom funcionamento do sistema.



SUSTENTÁVEL

Para que seja sustentável, isto é, tenha capacidade de atender ao que os consumidores contrataram, além de obter resultados financeiros positivos para investir em melhorias de longo prazo, o sistema de Saúde Suplementar organiza os beneficiários conforme o perfil de risco, definindo valores de mensalidades de acordo com faixas etárias.



VIDA ATIVA

Devido à probabilidade de maior uso, o preço do plano para os idosos poderia ficar caro demais. Pela lógica do seguro, aqueles que tendem a utilizar o fundo com menor frequência – os mais jovens, que estão na fase da vida ativa – pagam um pouco mais do que o custo médio de sua faixa etária, para que os idosos possam manter o plano.



COMPROMISSO COMPARTILHADO

Este esforço é devolvido. Um dia, os mesmos jovens que subsidiam os mais velhos também serão idosos. Por essa razão, a responsabilidade sobre o fundo financeiro é um compromisso compartilhado.



DISCIPLINA

Utilizar serviços sem avaliar com cuidado a necessidade de consultas, exames ou outros procedimentos pode comprometer a capacidade de pagamento do fundo. É preciso disciplina.



2

O PAPEL DA ANS

É importante conhecer o papel da **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, autarquia vinculada ao **Ministério da Saúde** que regula e fiscaliza os planos de saúde.

2.1 | Regulação e fiscalização

- A ANS foi criada pela Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e tem a missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde.
- A agência fornece registros das operadoras de planos e dos produtos em oferta, além de monitorar, regular e fiscalizar as empresas, inclusive nas relações com consumidores e prestadores de serviços médicos.
- É também o regulador que autoriza reajustes de mensalidades de planos individuais.
- Com o papel de acompanhar a saúde financeira das empresas em atuação, a ANS deve intervir ao detectar riscos financeiros e assistenciais que afetem o consumidor e o mercado.
- Entre as várias medidas, a Agência pode transferir a carteira de clientes para outra operadora e encerrar a atividade comercial da companhia insolvente.

2.2 | Revisão do rol de procedimentos

Todos os serviços de saúde incorporados ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que define as coberturas mínimas a serem oferecidas pelas operadoras, impactam diretamente os preços dos planos de saúde.

É como um carrinho do supermercado. Quanto mais itens se pegam na prateleira, mais cara a conta no caixa. Alguns produtos têm embalagens tentadoras, mas são realmente necessários?

Por isso, é importante que a atualização do Rol leve em conta o custo-efetividade da incorporação tecnológica e de medicamentos. Ou seja, há que se considerar a efetividade da nova cobertura para a população a ser beneficiada. A capacidade de pagamento das famílias e empresas que contratam os planos de saúde também precisa entrar nesta “balança de decisão”, pois quase toda incorporação adiciona custos ao sistema de saúde e, conseqüentemente, às mensalidades dos planos de saúde.

Para alguns procedimentos, tomando por base as melhores práticas e as evidências científicas, a ANS estabelece uma Diretriz de Utilização (DUT). Seu objetivo é definir a amplitude da cobertura do evento ao qual está vinculada, ou seja, a cobertura para procedimento, exame, terapia, cirurgia ou internação só será obrigatória nos casos ou condições definidas na DUT.

2.3 | Limites para a realização de procedimentos

A **Lei 9.656/98** garantiu aos beneficiários de planos de saúde o direito ilimitado a coberturas para consultas médicas, exames e número de dias em internações. Mas há algumas exceções estipuladas pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. São os casos das sessões de psicoterapia e consultas com fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e terapeuta ocupacional.

2.4 | Número de sessões/consultas cobertas, de acordo com as diretrizes da ANS



PSICOTERAPEUTA

18 sessões, dependendo do diagnóstico, por ano de contrato.



FISIOTERAPEUTA

2 consultas a cada novo diagnóstico, por ano de contrato.



PSICÓLOGO

12 a 40 sessões/consultas, dependendo do diagnóstico, por ano de contrato.

**NUTRICIONISTA**

6 a 18 sessões/consultas, dependendo do diagnóstico, por ano de contrato.

**FONOAUDIÓLOGO**

12 a 96 sessões/consultas, dependendo do diagnóstico, por ano de contrato.

**TERAPEUTA OCUPACIONAL**

12 a 40 sessões/consultas, dependendo do diagnóstico, por ano de contrato.

**COBERTURA MÍNIMA**

ANS define e atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, uma lista da cobertura mínima obrigatória que deve ser contemplada nos planos de saúde comercializados.

**LEI 9.656/98**

O Rol tornou-se obrigatório a partir da vigência da Lei 9.656/98. É a referência de cobertura para cada segmentação assistencial dos planos de saúde.



CUSTO-BENEFÍCIO

Esta revisão, feita a cada dois anos, deve excluir tratamentos que caíram em desuso e adotar novos procedimentos, desde que eles, pelo critério do custo-benefício, propiciem ganhos reais para a saúde dos beneficiários de planos de saúde.



EM DEBATE

A sociedade e todos os agentes da Saúde Suplementar podem participar das discussões que busquem promover melhorias no setor. Este protagonismo pode ser exercido por meio de audiências públicas, câmaras técnicas, grupos técnicos e comitês.



TOME NOTA!

A sociedade pode e deve contribuir para um debate produtivo em torno do mercado de Saúde Suplementar:

Câmara de Saúde Suplementar:

Discute, analisa e sugere medidas que possam melhorar a relação entre os diversos segmentos que compõem o setor – operadoras de planos de saúde, rede credenciada de profissionais de saúde, clínicas, hospitais, laboratórios e beneficiários.

Colabora nas discussões das câmaras técnicas da ANS e ajuda a aperfeiçoar o mercado, com o objetivo de tornar a regulação mais eficiente e focada nos interesses dos consumidores. É integrada à ANS e tem caráter permanente e consultivo.

Câmaras técnicas:

São formadas por especialistas da ANS e representantes do setor, com a finalidade de aprofundar as discussões do segmento. Têm caráter temporário e formal, seguindo regimento interno definido pela Diretoria Colegiada da ANS.

Grupos Técnicos:

Com estrutura e objetivos semelhantes aos das câmaras técnicas, esses grupos promovem estudos técnicos específicos, sem o mesmo caráter formal de uma câmara técnica.

Consultas Públicas:

Discussões abertas à sociedade, em que a ANS busca subsídios para a tomada de decisões. Espera-se, assim, que as ações governamentais sejam mais democráticas e transparentes.

Devem contar com a participação de cidadãos, sociedade, comunidades científicas, entidades profissionais, universidades, institutos de pesquisa e representações do setor regulado.

Audiências públicas:

Têm a finalidade de ouvir a opinião da sociedade quanto a assuntos na esfera da regulação dos planos de saúde. As reuniões são divulgadas no Diário Oficial da União (DOU) e podem acontecer em ambiente físico ou virtual.

Para encontros presenciais, o participante deve se inscrever pelo site da ANS e citar em formulário os pontos que defende. Pela internet, o acesso à transmissão é aberto a todos, sem limite de vagas ou necessidade de inscrição prévia.



3

**MANTENHA-SE
INFORMADO**

Você compraria uma casa sem visitar o imóvel? Pode parecer óbvio, mas muita gente contrata planos de saúde – e serviços, de forma geral – sem ler o contrato. **Seja um consumidor consciente e leia cada cláusula desse acordo firmado com a operadora.**

O ideal é fazer isso antes de assinar o documento, mas esse alerta também vale para quem já é **beneficiário do plano.**

Em 2009, a ANS determinou que as operadoras passassem a oferecer a seus beneficiários o **Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC)**, instrumentos que orientam a leitura do contrato e ressaltam os principais aspectos a serem observados no momento da aquisição de um plano de saúde.

Nos **planos coletivos** – empresariais ou por adesão –, o contrato é padronizado para todos os integrantes do plano, e as operadoras devem encaminhá-lo ao consumidor sempre que solicitado.

3.1 | Beneficiário informado passo a passo

1

Verifique se a **operadora é registrada na ANS**. Basta uma consulta ao site www.ans.gov.br ou uma ligação para 0800 701 9656.

2

O plano de saúde deve atender às necessidades do cidadão e de sua família. O uso do plano é **limitado às coberturas escolhidas** e contratadas pelo beneficiário.

3

Consulte a **rede credenciada**, ou seja, a lista de profissionais de saúde, clínicas, laboratórios e hospitais que prestam serviços ao plano, considerando a abrangência geográfica e suas expectativas.

4

Conheça os **prazos de carência**, inclusive para urgência e emergência. Verifique também se há previsão de **Cobertura Parcial Temporária** para Doenças e Lesões Preexistentes (*saiba mais no capítulo 6*).

5

Informe-se sobre como é aplicado o **reajuste** por faixa etária definido em lei (*saiba mais no capítulo 15*).

6

O consumidor deve conhecer a **Lei 9.656/98**, que entrou em vigor em janeiro de 1999. Antes da lei, as seguradoras se submetiam às regras da Superintendência de Seguros Privados (Susep). Para as demais operadoras de planos de saúde, não havia regulamentação específica.

7

Nos planos de saúde antigos, era difícil comparar os serviços prestados por diferentes empresas. Não havia um padrão mínimo de coberturas obrigatórias – **o Rol**.

8

Também não havia prazos máximos de carência, nem cobertura para doenças preexistentes ou regras predefinidas para reajustes, por exemplo. **A Lei 9.656/98 propiciou mais segurança aos beneficiários de planos.**

9

No momento da contratação de um plano de saúde, as empresas não podem cobrar do consumidor valores a título de “taxa de adesão”, seja na venda feita diretamente pela operadora ou por meio de corretores. O consumidor só deve pagar valores relativos às mensalidades.



4

**TIPOS DE
OPERADORAS
DE PLANOS DE
SAÚDE**

Todas as empresas ou entidades que operam planos de saúde com a devida autorização da ANS são denominadas **operadoras de planos de assistência à saúde.**

4.1 | O que os operadores fazem

- Formatam e comercializam produtos, os diferentes planos de saúde.
- Recolhem mensalidades, organizam o sistema e pagam à rede que presta serviços aos beneficiários dos planos.
- Fornecem todas as informações necessárias e que são de direito do consumidor.
- Tornam disponíveis os canais de contato, como o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) e as Ouvidorias, para oferecer informação com transparência.

4.2 | Seguradora especializada em saúde

Não têm rede própria, mas referenciam uma rede de serviços, ou seja, pagam diretamente aos fornecedores de serviços integrantes da rede, em nome dos clientes que se beneficiam dos atendimentos em saúde.

É importante saber que também são obrigadas a prever a livre escolha. Assim, os segurados podem escolher estabelecimentos ou profissionais de saúde não referenciados pela seguradora. Neste caso, o beneficiário do plano recebe reembolso das despesas de acordo com limites estabelecidos em contrato e no prazo máximo de 30 dias após a entrega de toda a documentação solicitada pela operadora.

4.3 | Medicina de grupo e odontologia de grupo

Atualmente, quase um quarto do total das empresas do mercado corresponde a medicinas de grupo, que podem comercializar planos de saúde para pessoa física ou pessoa jurídica.

Boa parte dos contratos é firmada com pessoa jurídica – o chamado plano coletivo.

O beneficiário do plano faz uso de uma estrutura própria ou contratada pela medicina de grupo – profissionais de saúde, hospitais, laboratórios e clínicas.

As odontologias de grupo comercializam planos exclusivamente odontológicos, para pessoa física ou jurídica. Também podem constituir uma rede de serviços própria ou contratar terceiros. Representam 18% das operadoras com beneficiários e registros ativos na ANS.

4.4 | **Cooperativa médica e cooperativa odontológica**

De acordo com a Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971 (Lei das Cooperativas), a cooperativa é formada pela associação autônoma de pelo menos 20 pessoas que se unem voluntariamente em uma sociedade coletiva e de interesse comum. As cooperativas podem comercializar planos de saúde para pessoa física ou jurídica, constituir uma rede de serviços própria ou contratar terceiros. As cooperativas médicas e odontológicas representam mais de 36% das operadoras de saúde.

4.5 | Autogestão¹

De uma forma ampla classificam-se nesta modalidade as operadoras que oferecem planos de assistência à saúde a um grupo fechado de pessoas, que obrigatoriamente devem pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo com a empresa instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da operadora de planos de assistência à saúde.

As autogestões se subdividem em três tipos (segmentos):

AUTOGESTÃO SEM MANTENEDOR

Aquelas que não possuem mantenedores, ou seja, a própria operadora é responsável por constituir as garantias financeiras exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

AUTOGESTÃO COM MANTENEDOR

Contrariamente às autogestões acima citadas, estas possuem um mantenedor, ou seja, outra pessoa jurídica é responsável pela constituição das garantias financeiras decorrentes da operação, bem como por assumir a responsabilidade subsidiária por quaisquer débitos que por ventura a operadora possa vir a possuir e não estejam alcançados nas garantias financeiras exigidas pela ANS. Conforme definição encontrada no inciso II, do Art. 12 da RN 137, de 2006, alterada pela RN 148, de 2007, mantenedor é a “pessoa jurídica de direito privado que garante os riscos referidos no caput do art. 5º mediante a celebração de termo de garantia com a entidade de autogestão”.

AUTOGESTÃO POR RH

Nesta modalidade, o oferecimento do plano de assistência à saúde é feito pela empresa, exclusivamente aos seus funcionários e dependentes, como um benefício. O objeto social da empresa não é a operação/comercialização de planos privados de assistência à saúde (inciso I, do art. 2º, da RN 137, de 2006, alterada pela RN 148, de 2007).

4.6 | Filantropia

Entidades sem fins lucrativos que operam planos de saúde e tenham certificado de entidade beneficente de assistência social certificados pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), bem como declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

Santas Casas da Misericórdia e hospitais de congregações, associações, fundações ou sociedades beneficentes são exemplos de entidades que organizam e mantêm serviços de saúde filantrópicos.

Notas:

¹ ANS - Autorização de funcionamento das operadoras - Orientações Gerais - Outubro | 2014



5

**PLANOS NÃO
REGULAMENTADOS,
ADAPTADOS,
REGULAMENTADOS
E MIGRAÇÃO**

Quais as diferenças entre planos antigos, novos e adaptados? Com a nova legislação para o setor – **Lei 9.656/98** –, os contratos passaram a ser classificados da seguinte forma:

5.1 | Contrato não regulamentado

Também chamados **planos antigos**, são aqueles adquiridos antes de 2 de janeiro de 1999, quando a Lei 9.656/98, que regulamentou o setor, entrou em vigor. Estes planos estão amparados apenas pelo **Código de Defesa do Consumidor (CDC)**, prevalecendo as condições estabelecidas em contrato.

As garantias de atendimento e as exclusões estão expressamente descritas no contrato. Este tipo de plano não pode mais ser comercializado, mas permanece válido para quem não optou pela adaptação às novas regras.

É **intransferível** e válido apenas para titular e dependentes já inscritos. Permite apenas a inclusão de novo cônjuge e filhos.

5.2 | Contrato adaptado

É o **contrato antigo adaptado à nova legislação**, garantindo ao beneficiário todas as coberturas dos planos novos. Precisa ter registro na ANS e está subordinado à Lei 9.656/98.

Quem tem plano antigo pode optar por sua **adaptação à nova lei**. Basta pedir à operadora uma proposta. A alteração, porém, não é obrigatória. Caso a proposta não seja aceita pelo beneficiário, o contrato antigo continua a valer.

Quando a Lei 9.656/98 foi aprovada, os beneficiários dos planos de saúde foram convidados a adaptar seus planos de saúde. Muitos adaptaram seus contratos para se valerem **das coberturas garantidas em lei**. Se você ainda não adaptou o seu, não perca mais tempo.

5.3 | Contrato novo ou regulamentado

São os contratos **celebrados após 2 de janeiro de 1999**, data em que a Lei 9.656/98 entrou em vigor, e os adaptados. Todos os contratos assinados a partir da data devem ter registro na ANS e estão sujeitos à legislação.

As coberturas são definidas pelo órgão regulador e garantem atendimento dentro do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

5.4 | Migração de plano

A Lei 9.656/98 trouxe a **garantia de uma cobertura mais completa, incluindo itens antes opcionais** – como cirurgias de alta complexidade, quimioterapia, diálise e até transplantes e tratamento para AIDS –, por meio da migração ou da adaptação do contrato antigo para o regulamentado.

Para atualizar o contrato por meio da migração, o beneficiário precisa ter plano individual, familiar ou coletivo por adesão contratado antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptado.

Ao decidir migrar, é preciso que o beneficiário opte por um plano regulamentado compatível com seu plano de origem.

É importante consultar o guia informativo no portal da ANS e ter em mãos o número de registro do plano antigo e o número de registro da operadora na ANS.

Se migrar para um plano compatível e a faixa de preço for igual ou menor que a do plano de origem, o beneficiário não precisa cumprir novas carências. Caso se decida por um plano diferente, o cliente precisará cumprir as carências. **Na migração, firma-se um novo contrato.**

5.5 | Exclusões ou omissões de coberturas mais comuns nos planos antigos

- **Doenças preexistentes;** doenças congênitas; AIDS; câncer; doenças infectocontagiosas; epidemias (como dengue, febre amarela e malária).
- **Cirurgias para transplantes de órgãos;** obesidade mórbida; cirurgias refrativas.
- **Tratamentos de quimioterapia;** radioterapia; hemodiálise; fisioterapia e tratamento de transtornos psiquiátricos.
- **Fornecimento de bolsas coletoras** para ostomias; medicamentos orais contra o câncer para uso domiciliar; órteses e próteses.



TIRE SUAS DÚVIDAS

O QUE A LEI 9.656/98 MUDOU PARA MELHOR?

- Determinou coberturas obrigatórias, atualizadas a cada dois anos.
- Extinguiu os limites de dias de uso de serviços médicos, dias de internação e número de exames estabelecidos em contratos antigos.
- Definiu prazos máximos de carência.

- Definiu cláusulas obrigatórias dos contratos dos planos de saúde.
- Padronizou as faixas etárias, hoje limitadas a 10, com o percentual de reajuste para cada uma delas previsto em contrato.
- Definiu a cobertura mínima dos contratos em cada segmentação.
- Impediu a recusa de clientes por motivo de doença ou idade.
- Tornou obrigatório o registro dos produtos na ANS.
- Tornou obrigatório o envio de informações de beneficiários, assistenciais, contábeis e econômico-financeiras pelas operadoras à ANS, em prol da competitividade saudável e transparente.



Se você tem um plano antigo e ainda não o adaptou, é chegada a hora de fazê-lo.



6

CARÊNCIAS

Previstas pela legislação e expressas em contratos, as carências são o intervalo de tempo durante o qual o beneficiário paga a mensalidade, mas o acesso a algumas coberturas ainda não é autorizado.

Esta regra, válida em todo o setor segurador, tem propósito importante: **garantir a viabilidade do sistema**. Imagine comprar um seguro automobilístico apenas após o veículo ser roubado. O mercado de seguros de autos não seria viável ou quebraria. O mesmo ocorreria com planos de saúde.

Os **planos são um tipo de seguro** que evita grandes perdas econômicas em caso de problema de saúde. Sem carências, muitos contratariam o serviço apenas diante da doença ou na necessidade de internações longas e custosas.

As carências passam a contar a partir da assinatura do contrato, da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade e **devem ser expressas de forma clara no documento**.

**CONHEÇA OS PRAZOS MÁXIMOS DE CARÊNCIA:**

24 horas

Urgência
e emergência

180 dias

Consultas, exames,
internações, cirurgias

180 dias

Parto feito até a 37^a
semana de gravidez
(pré-termo)*

300 dias

Parto feito a partir da
38^a semana de gravidez
(a termo)**

*Pré-termo: entre a 22^a e a 37^a semana de gestação

**A termo: entre a 38^a e a 42^a semana de gestação



TOME NOTA!

Carência menor:

As operadoras de saúde podem oferecer carências menores para atrair novos clientes. Mas qualquer acordo deve constar do contrato.

Filho adotivo:

É permitida a inscrição em qualquer tipo de plano de saúde do filho adotivo com até 12 anos de idade como dependente, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pela mãe ou pelo pai adotivo. Também podem ser incluídas crianças em regime de guarda provisória. É importante que isso seja feito até 30 dias após a adoção, guarda ou tutela legal, para o aproveitamento de carências ou sua isenção.

Compra de carência:

É possível aproveitar períodos de carência já cumpridos pelo consumidor em contrato com a operadora anterior, na negociação com a nova operadora. O acordo para redução ou isenção deve ser expreso no contrato.

Mas a compra de carência, em geral, não exclui a exigência da Cobertura Parcial Temporária (CPT) para Doenças e Lesões Preexistentes (DLP).

Mudança para plano superior:

Se houver troca de plano para ampliar coberturas, caso continue com a mesma operadora, o consumidor não terá que cumprir as carências para as coberturas já previstas no plano anterior. Mas é necessário cumprir carências para serviços incorporados ao plano sucessor – para uma nova rede, um novo padrão de acomodação ou procedimentos não inclusos no contrato anterior.



7

**DOENÇAS E LESÕES
PREEXISTENTES (DLP)**

São aquelas conhecidas pelo consumidor ou seu responsável quando o plano de saúde é contratado. As operadoras podem oferecer duas alternativas nestes casos: **Agravo ou Cobertura Parcial Temporária (CPT)**.



Agravo

É um acréscimo temporário no valor da mensalidade do plano de saúde proporcional à cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente.

Para os consumidores que optam pelo Agravo, sua cobertura médica será irrestrita, após cumpridos os prazos de carência.

Os valores do Agravo são de livre negociação entre a operadora e o consumidor e devem constar em aditivo contratual.



Cobertura Parcial Temporária (CTP)

Período de até 24 meses durante o qual o consumidor não tem cobertura para determinados tratamentos relacionados às doenças e lesões preexistentes declaradas (DLP). Nesse período, pode ocorrer exclusão de cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia, UTI, unidade intermediária e procedimentos de alta complexidade relacionados às DLP.

Desde 8 de maio de 2001, é preciso que os procedimentos de alta complexidade não assegurados nesses 24 meses estejam descritos no contrato. Após esse período de Cobertura Parcial Temporária (CPT), o atendimento passa a ser integral.

Nos contratos coletivos empresariais com 30 participantes ou mais, não pode haver cláusula de Agravado ou Cobertura Parcial Temporária (CPT) nos casos de doenças e lesões preexistentes. Já nos contratos coletivos por adesão, a CPT pode ser exigida.



Declaração de saúde

É o formulário, preenchido na contratação do plano, que questiona doenças preexistentes, ou seja, aquelas de que o consumidor sabe ser portador.

Não deve conter perguntas sobre sintomas, uso de medicamentos e consumo de álcool e cigarro. Precisa ser redigido em linguagem simples, sem uso de termos técnicos ou científicos.

O corretor (ou vendedor) não pode alterar a declaração ou acrescentar dados. A responsabilidade pelas informações declaradas é do futuro beneficiário do plano, que deve verificar o documento.

O beneficiário pode solicitar à operadora um médico que o ajude a preencher a declaração, sem qualquer ônus.

A operadora pode efetuar perícia ou qualquer tipo de exame para constatar a existência ou não de doenças e lesões preexistentes. Porém, se o fizer, a alegação posterior de doença preexistente é proibida.



8

**TIPOS DE
CONTRATAÇÃO:
INDIVIDUAL/FAMILIAR
OU COLETIVA**

8.1 | Plano individual ou familiar

O plano individual é oferecido para **livre adesão por pessoas físicas**. Quando inclui dependentes, o plano passa a ser familiar.



TOME NOTA!

- O contrato não pode ser rompido de forma unilateral, com exceção dos casos de inadimplência do consumidor por mais de 60 dias ou se constatada fraude no uso do plano ou nas informações prestadas na contratação.
- No caso de inadimplência, o beneficiário em atraso deve ser notificado com 10 dias de antecedência da rescisão ou suspensão do contrato.
- É permitido exigir cumprimento do período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei (*capítulo 6*).
- A operadora também pode oferecer Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo nos casos de doenças preexistentes.
- Tem vigência mínima de 12 meses, com renovação automática. Os reajustes anuais são autorizados pela ANS, que estipula um índice máximo.

- As coberturas exclusivamente odontológicas seguem índice de preços divulgado por instituição reconhecida. O contrato deve estabelecer o índice que definirá o reajuste. Por exemplo, IPCA, IGPM ou INPC.
- Nos planos individuais ou familiares, as regras para inclusão de dependentes são estipuladas em lei e nos contratos. Na maioria dos contratos, cônjuges e filhos são aceitos como dependentes.
- As operadoras devem aceitar companheiros do mesmo sexo, e os critérios para inclusão devem ser equivalentes aos previstos para companheiros heterossexuais.
- A cobertura assistencial a recém-nascido, filho natural ou adotivo deverá ser garantida nos 30 primeiros dias após o parto ou adoção, se o plano do pai ou da mãe for hospitalar com obstetrícia.
- Em planos de todas as segmentações, é assegurada a inscrição do filho natural ou adotivo menor de 12 anos com aproveitamento das carências cumpridas pelos pais, desde que feita até 30 dias do parto ou adoção.
- Nos planos individuais, no caso de extinção do vínculo do titular, fica assegurado o direito de os dependentes permanecerem no plano, desde que nas mesmas condições e que assumam as obrigações decorrentes.

8.2 | Plano coletivo

Firmado entre pessoas jurídicas – empresa, órgão público, associação, fundação ou sindicato – e operadoras de plano de saúde, o plano coletivo tem como beneficiário a pessoa na condição de **empregado, associado ou sindicalizado**.

Desde que previstos no contrato do plano coletivo, podem participar como dependentes: familiares na condição de cônjuge ou companheiro, pessoas até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, como pais, filhos e netos, e até o segundo grau de parentesco por afinidade, como sogros e cunhados.

HÁ DOIS TIPOS DE PLANOS COLETIVOS: EMPRESARIAIS OU POR ADESÃO

PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS

Nos coletivos empresariais, a adesão do beneficiário é feita pela empresa empregadora que contrata o serviço. O plano de saúde faz parte do pacote de benefícios oferecido por uma empresa aos empregados.

Para funcionários que participam do pagamento do plano, por meio de um percentual da mensalidade ou dos procedimentos utilizados (planos coparticipativos), a adesão é por livre escolha.

Nos coletivos empresariais com menos de 30 participantes, pode ser exigida carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei ou cumprimento da Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Nos coletivos empresariais com mais de 30 inscritos, caso o beneficiário formalize o pedido de ingresso no plano em até 30 dias a contar da data em que foi admitido na empresa ou da celebração do contrato coletivo entre a empresa e a operadora de plano de saúde, não pode haver cláusula de carência ou de CPT.

O contrato não pode ser rescindido imotivadamente antes de 12 meses. Após este período, a rescisão deve ser precedida de notificação prévia de 60 dias.

A vigência mínima do contrato é negociada entre as partes, e a renovação é automática.

O reajuste dos planos coletivos, assim como as regras para rescisão ou suspensão unilateral do contrato, também é negociado entre as partes.

PLANOS COLETIVOS POR ADESÃO

Planos coletivos por adesão são firmados com associações, fundações ou sindicatos. São uma alternativa para quem não tem vínculo formal com uma empresa ou está aposentado.

A adesão é espontânea e pode ser exigido o cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT), quando o consumidor declara ser portador de doença ou lesão preexistente.

Nos contratos coletivos por adesão, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, quando o beneficiário ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato. Quando o vínculo com a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial ocorrer após o decurso deste prazo, o ingresso sem carência será permitido a cada data de aniversário do contrato, desde que a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato.



TOME NOTA!

QUANDO O TITULAR PERDE A QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO PLANO

Beneficiários podem ser excluídos dos contratos coletivos em vigor somente por solicitação da pessoa jurídica contratante.

No caso de fraude ou de perda de vínculo do titular, pode haver exclusão do beneficiário quando a situação for diversa do disposto na legislação para demitidos e aposentados (*ver capítulo 9*).



9

**APOSENTADORIA
OU DEMISSÃO
OU EXONERAÇÃO**

Somente para os planos **regulamentados, aposentados, demitidos ou exonerados** podem continuar com o plano de saúde da empresa, se preenchem os seguintes requisitos:

- Quando a demissão ocorre sem justa causa.
- O trabalhador faz o pedido à empresa empregadora no prazo máximo de 30 dias da demissão ou aposentadoria.
- Quando o ex-empregado não é admitido em novo emprego após se desligar.
- O trabalhador contribuiu com a mensalidade do plano. A coparticipação em caso de utilização do plano, porém, não é considerada contribuição para este fim.

9.1 | Como fica o plano?

- A cobertura assistencial será a mesma.
- O beneficiário passa a pagar integralmente a mensalidade.
- O tempo de permanência no plano corresponde a um terço do tempo durante o qual o demitido ou exonerado contribuiu com as mensalidades, respeitando o limite mínimo de seis meses e máximo de dois anos.
- O aposentado deve ter contribuído para o plano por 10 anos ou mais e poderá ser mantido enquanto durar o contrato coletivo.
- Se o período for inferior a 10 anos, o aposentado poderá permanecer no plano por período equivalente ao de contribuição.
- O direito ao uso do plano é extensivo ao grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.
- O benefício não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.



TOME NOTA!

JUSTA CAUSA

Se desligado da empresa por justa causa, o trabalhador tem direito a contratar um plano individual da mesma operadora, aproveitando carências já cumpridas, caso a operadora comercialize plano individual e familiar.

MORTE DO TITULAR

Nos casos de morte do aposentado ou do ex-empregado demitido ou exonerado, os dependentes podem continuar a usar o plano pelo tempo a que o beneficiário titular teria direito, sob as mesmas condições contratuais, desde que assumam o pagamento integral das mensalidades.

PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS PARA DEPENDENTES

Nos planos coletivos, os dependentes têm direito à portabilidade especial de carências, desde que troquem de plano de saúde no prazo de 60 dias contados do falecimento do titular.

CLÁUSULA DE REMISSÃO

Apesar de não ser obrigatória por lei, a cláusula de remissão pode estar prevista em alguns contratos de planos de saúde, familiares ou coletivos. A cláusula assegura continuidade da prestação de serviços aos dependentes após a morte do titular, por períodos que variam entre três e cinco anos, sem cobrança de mensalidades. Após o prazo da remissão, para que permaneçam no plano, os dependentes devem assumir, integralmente, o pagamento das mensalidades, atualizadas por reajustes autorizados pela ANS para os planos individuais.



10

TIPOS DE PLANOS
QUANTO À COBERTURA
ASSISTENCIAL

Os planos podem ser segmentados por **referência, ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia e odontológico** – ou uma combinação destas segmentações assistenciais.

As operadoras de planos médicos podem optar por comercializar apenas planos de uma das segmentações assistenciais, mas são obrigadas a ter no portfólio um produto **referência** para oferecer ao consumidor, com as coberturas mínimas definidas pela ANS, por meio do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Na indisponibilidade de leito em enfermaria nos estabelecimentos credenciados pelo plano hospitalar, **é garantido acesso a acomodações em nível superior, sem ônus adicional.**

10.1 | Plano referência

Considerado o padrão mínimo de cobertura, por isso é denominado “referência”. É uma combinação das coberturas dos planos ambulatorial + hospitalar com obstetrícia. Na internação, o padrão de acomodação é coletivo (enfermaria ou quarto coletivo).

10.2 | Plano ambulatorial

Prevê consultas com profissionais de saúde, exames, procedimentos e tratamentos em regime ambulatorial ou que não requeiram estrutura hospitalar por período superior a 12 horas. Não cobre internação.








Algumas coberturas desta modalidade:

- ✓ Consultas médicas em número ilimitado, em ambulatório ou consultório, para todas as especialidades médicas.
- ✓ Consultas obstétricas para pré-natal, em número ilimitado.
- ✓ Consultas com outros profissionais de saúde, em número predefinido e em especialidades limitadas pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
- ✓ Serviços de apoio diagnóstico e tratamentos em ambulatório ou consultório.
- ✓ Cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação, como oftalmológicas.
- ✓ Procedimentos ambulatoriais com anestesia local, sedação ou bloqueio, desde que em ambulatório.
- ✓ Remoção para outro estabelecimento de saúde, se houver necessidade de internação para continuidade da assistência.
- ✓ Procedimentos vinculados à continuidade da assistência prestada na internação hospitalar, como: hemodiálise e diálise peritoneal; quimioterapia oncológica ambulatorial; radioterapia; hemoterapia ambulatorial; nutrição enteral e parenteral; procedimentos de hemodinâmica; radiologia intervencionista; reeducação e reabilitação física.
- ✓ Cobertura de medicação oral para tratamento de câncer, conforme as diretrizes da ANS.



O que a modalidade não cobre:

-  Internação hospitalar.
-  Quaisquer procedimentos, inclusive serviços diagnósticos e terapêuticos de hemodinâmica, que necessitem de estrutura hospitalar por período superior a 12 horas ou de serviços de recuperação pós-anestésica, UTI, CTI e similares.
-  Procedimentos que exijam anestesia, salvo os que podem ser executados em ambulatório, com anestesia local, sedação ou bloqueio.
-  Quimioterapia oncológica que demande internação.
-  Embolizações.

10.3 | Plano hospitalar

Prevê todos os atendimentos durante a internação hospitalar, mas não tem cobertura ambulatorial para consultas e exames.



Algumas coberturas desta modalidade:

- ✓ Internações em unidades hospitalares, UTI ou CTI, sem limitação de prazo ou de valores máximos.
- ✓ Exames diagnósticos e de controle da evolução da doença durante o período de internação.
- ✓ Honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação.
- ✓ Medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia durante o período de internação.
- ✓ Todos os materiais usados no período de internação e taxas do serviço.
- ✓ Remoção do paciente entre unidades hospitalares, quando necessário, dentro dos limites de cobertura geográfica previstos em contrato.
- ✓ Despesas do acompanhante para pacientes menores de 18 anos, maiores de 60 anos e portadores de deficiências.

- ✓ Atendimento hospitalar para procedimentos bucomaxilares e odontológicos, que, por determinação do médico, necessitem internação hospitalar.
- ✓ Procedimentos especiais relacionados à continuidade da assistência prestada em regime de internação hospitalar, como: hemodiálise e diálise peritoneal; quimioterapia; radioterapia; radiomoldagem; radioimplante; braquiterapia; hemoterapia; nutrição parenteral e enteral; diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; embolizações e radiologia intervencionista; exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos; fisioterapia; cirurgia plástica reconstrutiva de mama decorrente de câncer.
- ✓ Acompanhamento clínico pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes cobertos, exceto medicação de manutenção.

10.4 | Plano hospitalar com obstetrícia

O consumidor pode optar por um plano hospitalar com ou sem obstetrícia. A opção pela cobertura pode ser feita por titulares mulheres e também homens.



Algumas coberturas desta modalidade:

- ✓ Inclui todas as coberturas previstas no plano hospitalar.
- ✓ Inclui coberturas relacionadas ao parto e ao pré-natal.
- ✓ Acompanhante no pré-parto, no parto e pós-parto imediato por 48 horas ou até 10 dias, desde que autorizado pelo médico. Inclui paramentação, acomodação e alimentação do acompanhante.
- ✓ Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular do plano ou seu dependente, nos primeiros 30 dias de vida.



O que o plano hospitalar com ou sem obstetrícia não cobre:

- X** Consultas ambulatoriais, em consultório ou domicílio.
- X** Exames não associados à internação.
- X** Tratamentos, procedimentos e atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação.
- X** Tratamentos e procedimentos ambulatoriais não relacionados ao pré-natal (plano hospitalar sem obstetrícia).



Homens também podem adquirir planos com cobertura obstétrica para garantir os direitos do recém-nascido.

10.5 | Plano exclusivamente odontológico

Esta modalidade se restringe a coberturas odontológicas em ambiente ambulatorial, clínicas, laboratórios e consultórios.






Algumas coberturas desta modalidade:

- ✓ Consultas e exames clínicos da saúde bucal. Exames auxiliares ou complementares solicitados pelo dentista.
- ✓ Procedimentos preventivos.
- ✓ Restaurações dentárias.
- ✓ Endodontia (tratamento de canal).
- ✓ Periodontia (tratamento da gengiva).
- ✓ Cirurgias orais simples em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral.
- ✓ Em algumas situações, o procedimento odontológico pode exigir internação, o que deverá ser requisitado e atestado pelo dentista assistente ou por um médico. Mas o paciente precisa ter, além do plano dental, plano médico com cobertura hospitalar.



O que o plano exclusivamente odontológico não cobre:

-  Implantação de prótese.
-  Tratamento ortodôntico (colocação de aparelho dentário).
-  Procedimentos não listados no Rol da ANS, informados no site da agência.

10.6 | Saúde mental

Desde janeiro de 1999, os contratos novos ou adaptados incluem todas as doenças da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde – OMS). Com isso, os tratamentos psiquiátricos em ambulatórios ou hospitais passaram a ser oferecidos, obrigatoriamente, nos contratos de planos de saúde. Inicialmente, as internações psiquiátricas foram limitadas a 30 dias por ano de contrato, em hospital psiquiátrico ou hospital geral.

A ANS tem trabalhado, em conjunto com representantes do setor privado, para aproximar a cobertura dos planos às políticas da Reforma Psiquiátrica. Desde 2010, não há mais limitação para os dias de internação. Entretanto, a partir do 30º dia de internação no ano (dias contínuos ou não), o contrato poderá prever coparticipação do beneficiário de até 50% do valor da internação.

Outra alternativa que substitui a internação convencional é o hospital-dia – recurso intermediário em que o beneficiário é atendido por uma equipe multiprofissional. Embora não haja limitação em quantidade de dias, essa cobertura está restrita a determinados diagnósticos.

No segmento ambulatorial, as sessões com psicólogo, psicoterapeuta e terapeuta ocupacional são limitadas conforme o diagnóstico, sendo necessário atender aos pré-requisitos da diretriz de utilização vinculada ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Para um grupo de doenças mentais mais graves, o número de consultas ou sessões com psicólogos e terapeutas ocupacionais foi elevado para, no mínimo, 40 por ano de contrato.

Para outros diagnósticos, são cobertas, no mínimo, 18 sessões de Psicoterapia com médicos e 12 consultas de Terapia Ocupacional ou psicólogos por ano de contrato.



11

EXTRATO DO
BENEFICIÁRIO

Os portais das operadoras na internet contam com área exclusiva com informações individualizadas do beneficiário do plano de saúde, o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.

Esta área é de acesso restrito ao beneficiário e contém informações cadastrais (desde janeiro de 2016) e o histórico de utilização do plano com registro de consultas, exames e internações realizadas (a partir de agosto de 2016).

O beneficiário poderá acompanhar os procedimentos que realiza de forma organizada e detalhada.

Esta ferramenta melhorará a informação do consumidor e pode favorecer a continuidade do tratamento, além de evitar a repetição de exames e informação sobre os custos dos procedimentos.

O acesso será fornecido a beneficiários titulares e dependentes e as informações constantes do Portal respeitarão as regras de sigilo, privacidade e confidencialidade.

Estas informações também poderão ser disponibilizadas em computadores, tablets e celulares para facilitar o acesso.

Os beneficiários poderão solicitar formalmente o extrato à operadora ou à administradora de benefícios, que terá prazo máximo de 30 dias para fornecê-lo impresso.



12

REDE DE ATENDIMENTO

12.1 | Rede credenciada

Rede credenciada, conveniada ou referenciada é a lista de profissionais de saúde (médicos, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e outros), clínicas, hospitais, unidades de pronto atendimento e laboratórios à qual o consumidor pode recorrer. Cada plano de saúde tem sua rede. É importante que o beneficiário verifique a disponibilidade de serviços na região onde mora e os profissionais conveniados para especialidades que utiliza.

12.2 | Abrangência geográfica

É a área de assistência dentro da qual a operadora de plano de saúde garante todas as coberturas contratadas pelo beneficiário.

Os planos podem ter as seguintes áreas de abrangência:

NACIONAL:

cobertura em todo o território nacional



ESTADUAL:

cobertura em todos os municípios do Estado



GRUPO DE ESTADOS:

cobertura em todos os municípios de pelo menos dois Estados



MUNICIPAL:

cobertura em todos os municípios de pelo menos dois Estados



GRUPO DE MUNICÍPIOS:

cobertura em mais de um e até 50% dos municípios do estado



12.3 | Prazos de atendimento

A Resolução Normativa nº 259, da ANS, estabelece prazos máximos para a realização de consultas, exames e cirurgias por parte das operadoras. Os prazos vão de três a 21 dias, variando conforme o procedimento.

Os prazos de atendimento devem ser cumpridos dentro do conjunto de especialistas disponíveis, não necessariamente pelo profissional específico escolhido pelo beneficiário. Caso não encontre um profissional disponível na rede do seu plano de saúde, entre em contato com sua operadora e peça ajuda para fazer o agendamento.

Prazos máximos de atendimento (dias úteis)	Serviço
03 (três)	Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial
07 (sete)	Consulta básica (Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia); consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista
10 (dez)	Consulta/sessão com fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional; demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial; atendimento em regime de hospital-dia
14 (quatorze)	Consultas nas demais especialidades médicas
21 (vinte e um)	Procedimentos de alta complexidade; atendimento em regime de internação eletiva
Imediato	Urgência e emergência
A critério do profissional responsável pelo atendimento	Consulta de retorno



TOME NOTA!

COBERTURA INTERNACIONAL

Planos de saúde não são obrigados a oferecer cobertura internacional. Alguns contratos incluem esta abrangência como um serviço extra, ou seja, um seguro internacional de saúde que cobre despesas no exterior. Neste caso, os limites de reembolso são fixados em contrato.

MUDANÇAS NA REDE CREDENCIADA

A lei admite o descredenciamento de médicos e prestadores de serviço, sempre que necessário. Neste caso, as operadoras devem atualizar as mudanças na Internet imediatamente. No caso de substituição de qualquer prestador contratado referenciado ou credenciado, a ANS e os beneficiários do plano devem ser comunicados com 30 dias de antecedência.

Quando a substituição de entidade hospitalar ocorrer por fraude ou infração de normas sanitárias em vigor, a operadora poderá substituir o hospital por outro equivalente sem a observância desse prazo. Nestes casos, se o beneficiário estiver internado, a operadora promoverá a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a assistência, sem custos para o consumidor.

Quando a substituição ocorrer durante o período de internação do consumidor e por vontade da operadora, esta deverá manter a internação do beneficiário até a alta hospitalar.

12.4 | Comparecimento à consulta

Se você marcou uma consulta e não pode comparecer, avise ao seu médico com antecedência. A ausência na consulta, sem aviso prévio, impede a utilização do horário por outros pacientes. O bom uso dos recursos do plano de saúde também é uma responsabilidade do consumidor



13

URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS

A assistência médica para urgência e emergência não requer autorização prévia. Pela Lei 9.656/98, inclui os casos de:



URGÊNCIA

- **Acidentes pessoais:** Eventos provocados por agentes externos, súbitos e involuntários – causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde ou doenças.
- **Complicações da gestação:** Intercorrências durante a gravidez que necessitam de atenção imediata, como o parto prematuro.



EMERGÊNCIA

Situações em que há risco imediato de morte ou lesões irreparáveis para o beneficiário, comprovadas com a declaração do médico assistente.

13.1 | Carência nos atendimentos de urgência e emergência:

Todos os planos comercializados na vigência da Lei 9.656/98 preveem direito ao atendimento de urgência e emergência após 24 horas de vigência do contrato.

Em alguns casos, a cobertura é **integral**. Isto significa que, depois de prestados os primeiros socorros, se houver necessidade, o beneficiário terá direito a internação, cirurgia, Unidade de Terapia Intensiva ou a outros recursos que são exclusivos da cobertura hospitalar. Um exemplo é **acidente pessoal**, mas apenas se o plano contemplar a cobertura hospitalar.

Em outros casos, a cobertura está **limitada** a até as primeiras 12 horas de atendimento no pronto-socorro. Isto significa que a cobertura cessa no momento em que se detectar a necessidade de cirurgia, internação clínica, parto ou qualquer atendimento que requeira recursos exclusivos da cobertura hospitalar.



Casos em que o atendimento de urgência e emergência está limitado às primeiras 12 horas:

- Contratos individuais e coletivos que contemplem apenas a cobertura **ambulatorial**.
- Contratos individuais e coletivos por adesão, que contemplem a cobertura **hospitalar**, com ou sem obstetrícia, mas não tenham cumprido a carência para internação ou parto.
- Contratos coletivos empresariais com menos de 30 participantes, que contemplem a cobertura **hospitalar**, com ou sem obstetrícia, mas não tenham cumprido a carência para internação ou parto.

Nestes casos, se optar por permanecer em hospital particular após o prazo de até 12 horas, o beneficiário deverá arcar com todas as despesas para continuidade do tratamento. Caso não tenha recursos para permanecer em hospital privado, a operadora de saúde custeará sua remoção para um hospital público. Se o beneficiário optar pela remoção para outro hospital privado ou não puder ser removido, a operadora está desobrigada de qualquer ônus ou responsabilidade após as 12 horas de atendimento.



14

PORTABILIDADE
DE CARÊNCIAS

Assim como a portabilidade que permite troca de operadora de telefonia móvel sem a perda do número, a portabilidade na Saúde Suplementar **permite a mudança do plano ou da operadora de plano de saúde sem a necessidade de cumprir nova carência ou Cobertura Parcial Temporária (CPT).**

Os beneficiários de planos regulamentados podem fazer a troca para planos equivalentes ou inferiores. Em seu site, a ANS dispõe um guia para os consumidores, por meio do qual é possível consultar as alternativas compatíveis.

A compatibilidade entre os planos é definida por abrangência geográfica, cobertura assistencial, tipo de contratação e faixa de preços. A portabilidade pode ser feita de um plano individual para outro plano individual, de um plano coletivo por adesão para outro e de um plano individual para um plano coletivo por adesão e vice-versa.

14.1 | Regras para a portabilidade:



EM DIA

O beneficiário precisa estar em dia com o pagamento da mensalidade



TEMPO DE PLANO

Na primeira portabilidade, o beneficiário deve estar no plano há pelo menos dois anos. No caso do cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT), período de até 24 meses durante o qual o consumidor não tem cobertura para tratamentos relacionados a doenças e lesões preexistentes declaradas, o tempo de permanência no plano deve ser de, no mínimo, três anos. A partir da segunda portabilidade, basta ser beneficiário do plano por, no mínimo, um ano.



DATA DE ANIVERSÁRIO

A portabilidade pode ser feita do primeiro dia do mês de aniversário do contrato até o último dia do terceiro mês subsequente. Se perder este prazo, o beneficiário terá que esperar o ano seguinte e ficar atento à data. Exemplo: se o contrato foi assinado em 1º de janeiro, a portabilidade pode ser feita entre 1º de janeiro e 31 de abril.



TROCAS POSSÍVEIS

Beneficiários de contratos individuais ou familiares podem exercer a portabilidade individualmente ou em família. Se apenas alguns integrantes optarem pela troca de plano, os demais continuam a ser atendidos normalmente no plano de origem.



FIM DE UM CONTRATO, INÍCIO DE OUTRO

Se solicitou portabilidade, o beneficiário não pode sair do plano de saúde de origem antes de a mudança ser efetivada. No processo de adesão, a nova operadora entra em contato com a operadora do plano de origem para fazer a rescisão do contrato. O novo contrato entra em vigor 10 dias após o aceite da nova operadora. A data de vigência do novo contrato será a mesma da rescisão do contrato anterior.



PAGAMENTO

A última mensalidade do plano de origem deverá ser proporcional ao número de dias de cobertura do serviço até a portabilidade ser concluída.



INFORMAÇÃO

As operadoras devem comunicar a seus beneficiários as datas inicial e final do período para a portabilidade de carências. Os interessados em trocar de plano ou de operadora podem obter mais informações com o SAC da empresa de origem.



DIREITO À RECUSA

A proposta de adesão pode ser recusada pela operadora de destino se não atender aos requisitos estabelecidos pela ANS. Se isso acontecer, o beneficiário continua coberto pelo plano de origem.



PRAZO PARA RESPOSTA

A operadora de destino deve responder se aceita o novo beneficiário em até 20 dias após a assinatura da proposta de portabilidade. O pedido é dado como aceito se a nova operadora não se manifestar, mas recomenda-se que o novo cliente confirme se o processo foi concluído.



NOVA MENSALIDADE

Para saber o valor do novo plano, é necessário consultar a operadora de destino. Não há cobrança de taxas por esse serviço nem cobrança de valores fora das condições normais de comercialização do plano de saúde.

14.2 | Portabilidade especial

COMPULSÓRIA

Ocorre por determinação da Agência Reguladora, e não por opção ou livre escolha dos consumidores. A ANS mantém em seu site um aplicativo para que o beneficiário defina suas necessidades, identifique planos de saúde compatíveis e obtenha o relatório de compatibilidade, documento necessário para fazer a troca de planos.

Situações:

- Quando a ANS cancela o registro de uma operadora de plano de saúde, ou se a operadora estiver em processo de liquidação extrajudicial e não for possível a transferência de seus beneficiários para outra empresa.
- Em caso de morte do titular do contrato.
- Nos casos de aposentadoria, exoneração ou demissão sem justa causa.

Condições:

- Não é exigido tempo de permanência mínima no plano, mas pode haver cobrança de períodos de carência remanescentes.
- É preciso estar com o pagamento da mensalidade em dia para ter direito à portabilidade especial.
- Para saber o valor do novo plano, é necessário consultar a operadora de destino. Não há cobrança de taxas por esse serviço e não é permitida a cobrança de valores fora das condições normais de comercialização do plano de saúde.

Época:

- De forma geral, o período para efetuar a portabilidade especial é específico, mas não precisa estar vinculado ao mês do aniversário do contrato.
- Quando ocorrer cancelamento do registro ou liquidação extrajudicial da operadora de origem, a ANS fixa um período de até 60 dias, a contar da publicação da Resolução Operacional da Diretoria Colegiada pela ANS, para que o beneficiário faça a portabilidade.
- Quando o titular do contrato de plano de saúde falece, o prazo de 60 dias para exercício da portabilidade especial se inicia no dia do óbito.

- A portabilidade especial deve ser requerida pelo beneficiário ex-empregado demitido sem justa causa, exonerado ou aposentado, entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente (período de quatro meses ou 120 dias), ou no prazo de 60 dias antes do fim do período de manutenção da condição de beneficiário.



Mensalidade: para saber o valor do novo plano, é necessário consultar a operadora de destino. Não há cobrança de taxas por esse serviço nem cobrança de valores fora das condições normais de comercialização do plano de saúde.



15

REAJUSTES DE
MENSALIDADES

Há dois tipos de reajustes nos planos de saúde: **por variação de custos ou por mudança de faixa etária.** Saiba como as operadoras chegam ao valor das mensalidades e quais são os critérios de reajuste para cada caso.

15.1 | Reajuste por variação de custos

ALTO CUSTO DA SAÚDE

O aumento por variação de custos, que é anual, é aplicado por fatores como inflação médica, adoção e uso de novas tecnologias e evolução das despesas com assistência à saúde, como exames, terapias, internações e honorários médicos. Custos administrativos e a necessidade de reservas para investimentos também pesam.

EQUILÍBRIO FINANCEIRO

O reajuste deve cobrir a variação desses custos, com o objetivo de assegurar o equilíbrio financeiro dos contratos de saúde e, conseqüentemente, a viabilidade do sistema de Saúde Suplementar.

BRASIL x PRIMEIRO MUNDO

A tendência é que os custos médico-hospitalares sofram aumentos significativos e contínuos nos próximos anos. No Brasil, e em todo o mundo, a inflação médica é muito superior à inflação que mede os demais preços da economia, o que se deve, também, às incorporações tecnológicas.

COPARTICIPAÇÃO

Operadoras de planos de saúde e seus beneficiários devem ser igualmente responsáveis por um sistema financeiramente saudável e sustentável. No sistema de coparticipação, adotado por alguns planos, cada associado paga uma parte preestabelecida do valor da consulta ou do procedimento, o que estimula o uso consciente.

15.2

Reajustes anuais nos planos antigos

PESSOA FÍSICA

Desde setembro de 2003, por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), não há necessidade de autorização prévia da ANS para os reajustes em planos antigos contratados por pessoa física. Entretanto, a ANS limitou os índices máximos a serem aplicados aos contratos individuais de operadoras de saúde que previam reajuste por variação de custos.

INFLAÇÃO

Se o contrato antigo determinar o índice de reajuste a ser aplicado, como IGPM, IPC ou outra referência, esse indicador serve de base para o reajuste. Se o contrato não determinar expressamente a forma de reajuste, a operadora pode aplicar, no máximo, o percentual estabelecido pela ANS para os contratos regidos pela lei em vigor.

15.3 | Reajustes anuais nos planos individuais regulamentados

NOVOS, ADAPTADOS OU MIGRADOS

Os planos individuais que seguem a Lei 9.656/98 (contratados após janeiro de 1999, adaptados ou migrados) são reajustados na data de aniversário do contrato, pelo índice máximo determinado pela ANS, e respeitado o intervalo de 12 meses em relação ao último reajuste por variação de custos.

TUDO NO BOLETO

O recibo de pagamento deve trazer o percentual autorizado pela ANS, o número do ofício da ANS que autorizou o reajuste aplicado, o nome e o código do plano e o número de registro do produto na ANS.

DÉBITO AUTOMÁTICO

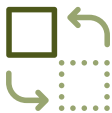
Caso o pagamento da mensalidade seja feito por débito automático do seu banco, sem envio de boleto, a operadora precisa enviar uma correspondência aos beneficiários com as informações.

15.4 | Reajustes anuais nos planos coletivos regulamentados



LIVRE NEGOCIAÇÃO

Os planos coletivos são reajustados anualmente e de acordo com as condições previstas nos contratos, mediante livre e transparente negociação entre empresas ou entidades que contratam planos e as operadoras de saúde.



COMO VARIAM

Os reajustes variam conforme o tipo de contrato e a composição da carteira de clientes (tamanho, localização geográfica, entre outros aspectos), que diferem de empresa para empresa.



PLANOS COLETIVOS

Não precisam de autorização prévia da ANS para reajustar as mensalidades. A exceção é para as operadoras de autogestão não patrocinadas, mantidas exclusivamente com recursos de seus beneficiários, sem financiamento de empresa.



PERCENTUAL APLICADO

Não está atrelado à data de celebração do contrato, mas deve prevalecer o estipulado no contrato ou o índice resultante de negociação entre as partes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica). Mas a operadora é obrigada a comunicar os reajustes à ANS, que monitora a variação de preços.

15.5 | Coletivos com menos de 30 beneficiários

De acordo com a Resolução Normativa 309/2012, publicada pela ANS, a operadora deve agrupar estes contratos e calcular um percentual de aumento único para todos. Estas regras não se aplicam aos contratos de planos exclusivamente odontológicos, a planos exclusivos para ex-empregados ou a planos antigos.

15.6 | Reajuste por mudança de faixa etária

MUDANÇA DE IDADE

Além do reajuste anual, os beneficiários de planos de saúde podem ter o valor de suas mensalidades ajustado quando mudam de faixa etária. Essa correção se deve ao perfil de uso dos serviços de saúde, estimado com base em experiências estatísticas, que apontam um aumento da procura por cuidados médicos com o avançar da idade.

FUNDO MÚTUO

Há uma correlação direta entre a idade do beneficiário e a taxa de utilização do plano, o que afeta o fundo mútuo constituído pelas mensalidades pagas por todos que estão na carteira do plano – um sistema solidário de contribuição.

EQUILÍBRIO ENTRE GERAÇÕES

A correção do valor pago nas mudanças de faixa etária também permite o equilíbrio entre as gerações, de modo que os beneficiários com menos idade subsidiem, ainda que de forma limitada, os custos dos beneficiários de faixas etárias mais elevadas.

NO FUTURO

Quando se tornarem idosos, os jovens que contribuíram para o financiamento das faixas de idade mais elevadas também serão ajudados por beneficiários mais novos, e assim por diante.

15.7 | Reajustes por faixa etária nos planos antigos

VALE O QUE ESTÁ NO CONTRATO

Devem ser aplicados conforme a tabela de faixa etária e os índices estabelecidos em contrato para cada faixa. Desta forma, não pode haver reajuste na data de adesão ao plano. As mensalidades de todos os beneficiários de planos coletivos são reajustadas no mesmo mês.

15.8 | Reajustes por faixa etária nos planos novos

DUAS REGRAS EM VIGOR

O reajuste por faixa etária tem duas regras em vigor, de acordo com a data de celebração do contrato, incluindo adaptações e migrações:



Planos contratados entre janeiro de 1999 e janeiro de 2004 têm previsão de sete faixas de aumento de preços por alteração da faixa etária, e a última era de "70 ou mais".



Em 2004, entrou em vigor o Estatuto do Idoso, que proibiu reajuste por mudança de faixa etária para pessoas de 60 anos ou mais. Planos contratados a partir daquele ano passaram a ter 10 faixas de variação de preços, e a última passou a ser “59 ou mais”. Desta forma, beneficiários com mais de 60 anos só podem ter o reajuste anual.

15.9 | Contratos assinados entre 1999 e 2003

SETE FAIXAS

O aumento deve seguir o que está no contrato, com o percentual de reajuste predeterminado para cada faixa etária.

São sete as faixas previstas na lei: 0 a 17 anos; 18 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; 70 anos ou mais.

A PARTIR DOS 60 ANOS

A regra também diz que os consumidores a partir de 60 anos de idade e com 10 anos ou mais de plano não podem mais sofrer reajuste por mudança de faixa etária. No caso dos planos adaptados, considera-se para a contagem dos 10 anos a data em que o primeiro contrato foi firmado.

70 ANOS OU MAIS

A lei não define os percentuais de reajuste entre as faixas, mas estabelece que o cobrado na última faixa etária (70 anos ou mais) não deve ultrapassar seis vezes o valor da faixa inicial.

15.10 | Contratos assinados a partir de 2004



ESTATUTO DO IDOSO

Com a entrada em vigor do Estatuto do Idoso, em 1º de janeiro de 2004, os beneficiários de planos de saúde ganharam mais uma vantagem: o fim dos reajustes para quem tem 60 anos ou mais. Assim, a última faixa etária nos contratos assinados a partir de 2004 passou a ser de 59 anos, com todos os percentuais de reajuste de valor previstos no contrato.



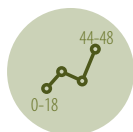
DEZ FAIXAS ETÁRIAS

Para contratos assinados a partir de 2004: 0 a 18 anos; 19 a 23 anos; 24 a 28 anos; 29 a 33 anos; 34 a 38 anos; 39 a 43 anos; 44 a 48 anos; 49 a 53 anos; 54 a 58 anos; 59 anos ou mais.



ÚLTIMA FAIXA ETÁRIA

A lei não define os percentuais de reajuste entre as faixas, mas estabelece que o cobrado na última faixa etária (59 anos ou mais) não deve ultrapassar seis vezes o valor da faixa inicial.



ENTRE A SÉTIMA E A DÉCIMA FAIXA ETÁRIA

Além disso, foi determinado que a variação acumulada entre a sétima (de 44 a 48) e a décima (59 anos ou mais) faixa não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira faixa, que vai de 0 a 18 anos, e a sétima, entre 44 e 48 anos.



TITULARES E DEPENDENTES

O reajuste por faixa etária aplica-se na idade inicial de cada faixa, ou seja, no mês subsequente ao aniversário do beneficiário. A regra vale para titular e dependente – nos casos de planos individuais e coletivos. Se as datas de aniversário de titular e dependente coincidirem, os dois reajustes virão juntos.



16

REEMBOLSO

Não são todos os contratos de plano de saúde que preveem reembolso de despesas quando o beneficiário faz uso de serviço de saúde fora da rede credenciada de seu plano.

A opção de incluir ou não esse recurso nos produtos que comercializa fica a critério de cada operadora. A única exceção é para as seguradoras, que, obrigatoriamente, devem fornecer esta alternativa em todos os contratos.

Nos planos com **previsão de livre escolha de prestadores**, os contratos devem estipular cláusulas claras de reembolso. **A operadora deve fornecer aos seus beneficiários informações sobre os valores do reembolso dos procedimentos e eventos de saúde.** A operadora não é obrigada a reembolsar ao consumidor o valor integral pago por ele ao médico, dentista ou outro profissional ou unidade de saúde, mas, sim, o valor determinado em contrato. Se o plano tem coparticipação, ou seja, parte do serviço é paga pelo beneficiário, este valor será abatido do reembolso.



TOME NOTA!

QUANDO O REEMBOLSO É INTEGRAL

Quando o beneficiário precisar de um atendimento previsto no contrato e a operadora não conseguir disponibilizá-lo no prazo estabelecido na regulamentação, o reembolso será integral, caso não haja uma cláusula do contrato prevendo o reembolso.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Caso não consiga chegar a uma unidade de saúde ou prestador de serviço da rede credenciada e precise ser atendido em outro estabelecimento não credenciado, o beneficiário poderá solicitar reembolso à operadora, desde que o atendimento tenha cobertura contratual e seja comprovado o quadro de urgência e emergência. Deve saber, entretanto, que este reembolso não será integral, mas nos limites fixados em contrato. O pagamento é feito em até 30 dias, contados a partir da entrega pelo beneficiário de toda a documentação necessária para comprovação do atendimento. O valor não pode ser inferior àquele que a operadora pagaria à rede credenciada se ela tivesse sido utilizada pelo beneficiário.

ANESTESIA

A cobrança de serviços de anestesia diretamente aos beneficiários é possível unicamente nos planos que preveem livre escolha dos prestadores de serviços médicos, portanto, naqueles que não têm rede assistencial própria ou contratada. Nestes casos, o beneficiário é reembolsado das despesas com cirurgia, incluindo procedimentos de anestesia, nas condições contratuais. Para planos com rede própria ou contratada, as operadoras devem oferecer serviços de anestesia por meio dos hospitais (próprios ou contratados) ou de anestesistas credenciados, sendo responsáveis por pagar diretamente aos profissionais.



17

FALE COM SUA
OPERADORA

Sempre que houver alguma dúvida em relação às regras do plano de saúde, à cobertura de procedimentos médicos ou odontológicos, à mensalidade ou a qualquer outro assunto relativo a este serviço, não hesite: entre em contato com sua operadora. **Todas as empresas mantêm canais de comunicação com seus beneficiários**, por meio de profissionais preparados para atender ao consumidor. Uma simples ligação pode evitar uma série de problemas ou mau entendidos. Os Serviços de Atendimento ao Consumidor (SAC) e as Ouvidorias, em última instância, são os principais meios de comunicação para que os beneficiários tirem suas dúvidas e façam o melhor uso desse serviço.



LIGUE OU ESCREVA PARA O SAC

Pelo Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC) da operadora, disponível por telefone, e-mail ou por um formulário no site da empresa, o beneficiário pode obter informações, esclarecer dúvidas, fazer uma reclamação, suspender ou cancelar contratos ou serviços. Esse canal de atendimento funciona como uma primeira instância de comunicação.

DÚVIDAS MAIS COMUNS QUE O SAC PODE ESCLARECER

- Cobertura e rede credenciada.
- Como pedir autorizações de exames, cirurgias e outros procedimentos.
- Reembolso de despesas.
- Carteirinhas, livretos de rede e demais materiais de contratação.
- Reajuste de mensalidade.



ATENDIMENTO QUALIFICADO

As operadoras disponibilizam canais de atendimento presencial, telefônico e por meio da internet.

Durante o atendimento será fornecido protocolo de atendimento quando a solicitação for referente a coberturas assistenciais.

Para assegurar o atendimento aos casos de urgência e emergência, as operadoras disponibilizam atendimento telefônico 24 horas, todos os dias da semana.

O atendimento presencial foi instituído para ampliar os canais de acesso aos beneficiários nas solicitações de procedimentos e cobertura assistencial e funciona em horário comercial e em dias úteis nas capitais dos estados ou regiões de maior atuação dos planos.

EXCEÇÃO:

As operadoras de pequeno porte, exclusivamente odontológicas, filantrópicas e autogestões não estão obrigadas a disponibilizar o atendimento presencial.



TOME NOTA!

Quando não for possível responder de imediato à solicitação do beneficiário, a operadora terá prazo de até 5 dias úteis para resposta.

No caso de solicitações de procedimentos de alta complexidade – APAC – ou atendimento em regime de internação eletiva, o prazo será de 10 dias úteis.

O beneficiário poderá requerer a reanálise do pedido e solicitar o envio dessas informações por escrito em até 24 horas.



OUVIDORIA – UM ÓRGÃO INDEPENDENTE

Caso não tenha solucionado um eventual problema ou esclarecido tudo o que precisa nos contatos com o SAC, o cliente poderá entrar em contato com a Ouvidoria da operadora do plano de saúde. A Ouvidoria é o órgão de segunda instância, que funciona de forma independente dos SACs e tem a finalidade de assegurar a transparência do processo. Por este canal, são tratadas as questões mais complexas. A Ouvidoria deve sempre fornecer respostas conclusivas.



TOME NOTA!

Anote e guarde os protocolos de atendimento sempre que se comunicar com o SAC. É uma medida importante, para que, em um novo contato, seu histórico seja recuperado, agilizando o atendimento e a solução da dúvida ou questão.

OUTRAS FONTES DE INFORMAÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar também oferece uma série de informações sobre o segmento e o funcionamento das operadoras de planos de saúde.

Conheça também:

Guia da Gestante e Guia de Reajustes dos Planos e Seguros de Saúde



Endereço eletrônico para download do Guia do Consumidor:
<http://www.fenasaude.org.br/fenasaude/publicacoes/guias-cartilhas/>

DISCLAIMER

Julho de 2016 – Federação Nacional de Saúde Suplementar – FenaSaúde. Esta publicação foi desenvolvida com o objetivo de divulgar informações de interesse dos consumidores de planos privados de assistência à saúde. As questões foram abordadas de forma genérica e por isso podem suscitar dúvidas. Recorra à operadora do plano de saúde se necessitar de esclarecimentos sobre o seu contrato. A distribuição é gratuita. Esta publicação não deve ser reproduzida, total ou parcialmente, sem a citação da fonte. Todos os Guias e Cartilhas da FenaSaúde podem ser acessadas, na íntegra, na área de publicações do site da FenaSaúde: <http://www.fenasaude.org.br/fenasaude/publicacoes/guias-cartilhas/>.

EXPEDIENTE GUIA DO CONSUMIDOR

REVISÃO:

Vânia Lúcia O. Arieira Fernandes e equipe técnica da FenaSaúde

DIRETORIA DA FENASAÚDE:

Presidente

Solange Beatriz Palheiro Mendes
Sul América Companhia de
Seguro Saúde

Vice-Presidentes

Edson de Godoy Bueno
Amil Assistência Médica
Internacional S/A

Flávio Bitter

Bradesco Saúde S/A
e Medservice Operadora
de Planos de Saúde S/A

Irlau Machado Filho

Notre Dame Intermédica
Saúde S/A

João Carlos Gonçalves Regado

Golden Cross Assistência
Internacional de Saúde Ltda.

Maurício da Silva Lopes

Sul América Companhia de
Seguro Saúde

Diretores

André do Amaral Coutinho
Omint Serviços de Saúde Ltda

Fábio Luchetti

Porto Seguro - Seguro Saúde S/A

Francisco Caiuby Vidigal Filho

Yasuda Marítima Saúde
Seguros S.A.

Helton Freitas

Unimed Seguros Saúde S/A

Mario Ferrero

Allianz Saúde S.A.

Roberto Laganá Pinto

Care Plus Medicina
Assistencial Ltda.

Washington Luís Bezerra da Silva

Metlife Planos Odontológicos Ltda.

José Augusto Alves de Paula

Gama Saúde

Rodrigo Bacellar Wuekert

Odontoprev

PROJETO GRÁFICO

E DIAGRAMAÇÃO:

Approach Comunicação Integrada

FOTOS: Shutterstock



www.planodesaudeoquesaber.com.br