

Planos de saúde

GUIA PRÁTICO

Dicas úteis para quem tem ou deseja ter um plano de saúde

Atualizado em fevereiro/2013

 **ANS** Agência Nacional de Saúde Suplementar





Índice

O que é a ANS?	2
Como a ANS pode ser útil?	2
Passos para contratar um plano de saúde	3
Direitos e deveres dos beneficiários	6
Atendimento de urgência e emergência	11
Prazos máximos de atendimento	15
Doenças ou lesões preexistentes	17
Reajuste de mensalidades	21
Aposentados e demitidos	26
Fim do contrato do plano de saúde	29
Continuidade do atendimento após a morte do titular	31
Portabilidade, Migração e Adaptação	33
Requisitos para trocar de plano de saúde	39
Ingresso em Planos Coletivos	45
Os termos mais usados na saúde suplementar	47
Canais de Relacionamento da ANS	52

O que é a ANS?

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora de planos de saúde do Brasil. Vinculada ao Ministério da Saúde, atua em todo o país na regulação, normatização, controle e fiscalização do setor de planos de saúde.

Como a ANS pode ser útil?

Este guia foi elaborado para ajudar na compreensão das regras de contratação e de utilização de planos de saúde.

A ANS está disponível para tirar dúvidas pelos seguintes canais:

www.ans.gov.br; Disque ANS: 0800 701 9656; ou presencialmente em um dos 12 núcleos distribuídos por todo o Brasil, cujos endereços estão disponíveis na página da ANS na internet. Outras informações a respeito das normas que regem o setor de planos de saúde também podem ser encontradas na Lei Federal nº 9.656/1998.



Passos para contratar um plano de saúde



- 1.** Se o plano for contratado por uma pessoa física será um plano individual ou familiar. Se for contratado por uma empresa, sindicato ou associação, o plano de saúde será coletivo. Em alguns casos, as regras são diferentes para cada um desses tipos de contrato.
- 2.** As necessidades de quem vai usar os serviços do plano de saúde devem ser avaliadas: número de pessoas, condições de saúde, idade, tipo de atendimento, locais e disponibilidade financeira.
- 3.** A segmentação do plano deve ser a mais adequada às necessidades de quem vai contratá-lo. O plano de saúde pode ser: ambulatorial (para consultas, inclusive pré-natal, exames e cirurgias sem internação); hospitalar (internação); odontológico; ambulatorial + hospitalar, com ou sem serviços de odontologia e obstetrícia (pré-natal, parto e pós-parto) ou plano referência.
- 4.** Se a opção for por um plano hospitalar, a acomodação poderá ser individual

(quarto, pagando mais e tendo mais privacidade) ou coletiva (enfermaria, economizando mais e ficando no mesmo ambiente que outros pacientes).

5. Abrangência do local de atendimento: apenas na cidade, no estado, em grupos de cidades ou estados, em todo o país ou até fora dele.

6. Rede credenciada do plano: hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde que prestarão o atendimento.

7. As faixas de idade e as escolhas acima serão determinantes para definir o preço final do plano de saúde.

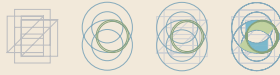
8. Há planos de saúde que cobram um valor fixo por mês: usando ou não os serviços do plano, a mensalidade será a mesma. Outros planos de saúde cobram uma mensalidade menor, porém acrescentam um valor adicional a ser pago por cada atendimento, consulta ou exame realizado naquele período (planos com coparticipação).

9. As opções de planos de saúde podem ser pesquisadas em www.ans.gov.br. Lá, pode-se obter também os dados de contato, avaliações da qualidade das empresas que vendem planos de saúde e conhecer o índice de reclamações delas, na seção Desempenho das Operadoras.

10. Antes de assinar o contrato, deve-se verificar se a operadora escolhida tem registro na ANS. A consulta pode ser feita em www.ans.gov.br > Planos de Saúde e Operadoras > Informações e Avaliações de Operadoras > Consultar dados ou pelo Disque ANS: 0800 701 9656.

Georreferenciamento: Mapa da rede conveniada na internet

Todas as operadoras de planos de saúde devem oferecer em seus portais na internet as informações sobre as redes assistenciais (médicos, clínicas, laboratórios e hospitais), facilitando a localização dos prestadores de saúde do plano contratado.



Ao contratar o plano de saúde, o beneficiário deverá ter acesso

- A uma cópia do contrato assinado, contendo todas as condições de utilização, como o preço da mensalidade, as formas de reajuste e a cobertura a que tem direito.

Atenção: Nos planos de saúde coletivos, a entrega da cópia do contrato não é obrigatória pela operadora a cada beneficiário, mas pode ser solicitada à empresa que contratou o plano.

- À relação de todos os profissionais de saúde, hospitais, clínicas e laboratórios credenciados ou referenciados.

- Ao Guia de Leitura Contratual, criado pela ANS e entregue pela operadora de planos de saúde para ajudar a compreender o contrato, também disponível em www.ans.gov.br.

- Ao Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde criado pela ANS e entregue pela operadora de planos de saúde, que também pode ser obtido em www.ans.gov.br.

Direitos e deveres dos beneficiários

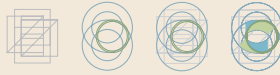


Cobertura assistencial

É o conjunto de procedimentos da área da saúde que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato assinado na compra do plano de saúde.

Ao contratar um plano, observe a segmentação assistencial (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, odontológico e referência), o tipo de acomodação (apartamento ou enfermaria), a abrangência geográfica do contrato (municipal, grupo de municípios, estadual, grupo de estados ou nacional) e a área de atuação (conjunto de estados ou municípios que compõem a abrangência geográfica).

Durante o período de cumprimento da carência, o beneficiário não tem direito a algumas coberturas. Os prazos máximos de carência são:



- 24 horas para urgências e emergências
- 300 dias para parto a termo
- Até 180 dias para consultas, exames, internações e cirurgias

Cobertura obrigatória

Para os planos novos, ou seja, contratados a partir de janeiro/1999 (vigência da Lei nº 9.656/1998), a cobertura será a estabelecida pela ANS na lista da cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde, chamada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A operadora é livre para oferecer outros procedimentos além dos que estão listados no Rol.

Se o plano for “adaptado”, ou seja, anterior a essa data e adaptado à Lei, terá a mesma cobertura dos planos “novos”, acrescida das coberturas previstas no contrato original que excedam a regulamentar.

Se o plano foi contratado antes de janeiro/1999 e não foi adaptado à Lei, a cobertura será a que estiver determinada no contrato. A qualquer momento, porém, ele poderá ser adaptado ou migrado e passar a ter a cobertura dos planos “novos”.

Se o plano cobrir somente acomodação em enfermaria e não houver leito disponível no momento da internação, será preciso pagar o quarto particular?

Neste caso, o acesso será garantido em uma acomodação de nível superior, sem custo adicional. Esta regra se aplica aos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano.

Descredenciamento de prestadores de serviços

A operadora pode substituir ou até excluir de sua rede credenciada ou conveniada um profissional de saúde ou um estabelecimento que não seja um hospital, desde

que mantenha a garantia de atendimento aos seus beneficiários. Além disso, qualquer mudança deste tipo deve ser informada ao beneficiário.

Descrédenciamento de hospitais

A operadora de planos de saúde pode substituir uma unidade hospitalar de sua rede prestadora por outra equivalente, desde que comunique aos beneficiários e à ANS com 30 dias de antecedência.

A operadora também pode excluir uma unidade hospitalar de sua rede prestadora, mas, antes, deverá solicitar e obter autorização da ANS. Após a autorização, a operadora deve comunicar o descrédenciamento aos beneficiários.

Limites para consultas e exames

Não pode haver limitação de cobertura para consultas médicas e fisioterápicas, exames e número de dias em internações, mesmo em leitos de alta tecnologia (UTI/CTI) para planos novos ou adaptados. As exceções são somente para sessões de psicoterapia, terapia ocupacional, consultas com nutricionistas e fonoaudiólogos, que podem ser limitadas ao mínimo estabelecido pela ANS.

Limites para internações hospitalares e em UTI

A Lei nº 9.656/1998 garante aos beneficiários de planos de saúde contratados a partir de janeiro/1999 ou adaptados, a internação sem limite de prazo. Cabe ao médico determinar o tempo necessário de internação.

Reembolso de anestesista

Se o procedimento cirúrgico estiver coberto pelo plano, os honorários do anestesista e do instrumentador/auxiliar estarão cobertos. A operadora pode garantir essa cobertura por meio de sua rede credenciada ou, se houver previsão



contratual, através de reembolso no valor previsto no contrato. A operadora só é obrigada a reembolsar todo o valor investido se não conseguir garantir a cobertura através de sua rede credenciada e se não houver previsão contratual de reembolso. Não garantir essa cobertura pode configurar infração passível de penalidade.

Atendimentos não previstos na cobertura mínima obrigatória

O plano é obrigado a oferecer cobertura para os procedimentos previstos na lista de cobertura mínima obrigatória estipulada pela ANS (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde), de acordo com a segmentação assistencial contratada (plano referência, ambulatorial, hospitalar, obstetrícia, odontológico e suas combinações). Se o contrato tiver cláusula de cobertura para algum serviço ou procedimento que não esteja nessa lista, a operadora também é obrigada a cobri-lo. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS pode ser acessado em www.ans.gov.br > Planos de Saúde e Operadoras > Espaço do Consumidor > O que o seu plano deve cobrir.

Cobertura nos locais contratados

O plano de saúde deve garantir as coberturas de assistência à saúde considerando o(s) município(s) e o(s) estado(s) contratado(s). A rede assistencial (hospitais, clínicas, profissionais médicos e laboratórios) de cada plano de saúde é monitorada pela ANS. Se as coberturas não estão sendo garantidas nos locais contratados, isso deve ser comunicado à ANS.

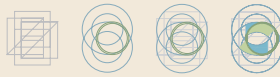
Inclusão de filho recém-nascido no plano de saúde

Se o plano for hospitalar com obstetrícia, é assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo, desde que a inscrição seja feita no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção.

Neste caso, se um dos responsável legais tiver cumprido o prazo de carência

(máximo de 180 dias), o filho será isento do cumprimento de carências. Caso o responsável legal não tenha cumprido o prazo (máximo de 180 dias), o filho deverá cumprir a carência pelo período que ainda falta ser cumprido pelo representante legal.

Se o plano não possuir cobertura obstétrica, mas houver previsão contratual para inclusão de dependentes, o filho também poderá ser inscrito como dependente, mas precisará cumprir carências até poder ser atendido pelo plano.



Atendimento de urgência e emergência



Situações de **urgência** são casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações durante a gravidez e que necessitam de atenção imediata. O parto prematuro é considerado uma urgência.

Já situações de **emergência** são aquelas que implicam risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis.

A cobertura para **urgência/emergência** é vigente partir de 24 horas da contratação do plano.

Atendimento de urgência/emergência para plano hospitalar

Se o beneficiário estiver cumprindo carência para atendimento hospitalar, as possibilidades são

- Urgência por acidente pessoal: atendimento integral, sem restrições, após decorridas 24 horas da vigência do contrato
- Urgência e emergência por outras causas: limitado às primeiras 12 horas

Após o beneficiário cumprir carência para atendimento hospitalar

- Urgência e Emergência: atendimento integral

Atendimento de urgência/emergência no plano ambulatorial

O atendimento é limitado às primeiras 12 horas. Se forem necessários procedimentos que exijam internação hospitalar, esses atendimentos não estarão cobertos pelo plano de saúde. Caso isso aconteça, se o beneficiário não puder arcar com os custos da internação no local credenciado onde foi iniciado o atendimento, caberá à operadora de planos de saúde fazer o transporte para um hospital público que disponha dos recursos necessários à continuidade do tratamento. Nessa situação, se o beneficiário ou o seu responsável legal optarem por internação em um hospital privado, a operadora de planos de saúde não será responsável pelo transporte.

Atendimento de urgência/emergência no plano-referência

Após 24 horas do início da vigência do contrato, a cobertura será integral, sem limitação assistencial. Nos casos de doença ou lesão preexistentes (DLP), quando em cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT), o atendimento será limitado às primeiras 12 horas, seguindo as mesmas regras do plano ambulatorial.



Atendimento de urgência/emergência no plano hospitalar com obstetrícia

Urgência por acidente pessoal e emergência seguem as mesmas regras do plano hospitalar sem obstetrícia. Porém, em caso de urgência por complicações na gravidez com carência para internação (180 dias) não cumprida, o atendimento é limitado às primeiras 12 horas.

Atendimento de urgência/emergência no plano odontológico

O atendimento dos procedimentos odontológicos de urgência e emergência será integral após 24 horas do início da vigência do contrato.

Atendimento limitado a 12 horas, caso o paciente não possa ser levado para o SUS

Se o médico assistente determinar, por escrito, a impossibilidade de transferência por questões clínicas, o beneficiário, ou seus familiares, poderão negociar com o hospital os custos para continuar o atendimento no mesmo estabelecimento. Nesse caso, a operadora de planos de saúde estará desobrigada de qualquer responsabilidade após as 12 horas de atendimento inicial.

Atendimento limitado a 12 horas, caso o paciente prefira um hospital particular e não o SUS

O beneficiário ou algum responsável deverá assinar um termo de responsabilidade para que o atendimento continue em uma unidade que não seja do SUS. Nesse caso a operadora de planos de saúde estará desobrigada da responsabilidade médica e das despesas com o transporte, após as 12 horas de atendimento inicial.

Reembolso de despesas em caso de urgência/emergência

O reembolso será garantido quando não for possível a utilização da rede do plano de saúde, de acordo com as regras do contrato. O reembolso deve ser feito no prazo máximo de 30 dias após a entrega para a operadora da documentação adequada e o valor deverá ser, no mínimo, aquele que a operadora de planos de saúde pagaria à rede credenciada, se ela tivesse sido utilizada pelo beneficiário.

Os atendimentos dos casos de urgência/emergência precisam de autorização prévia?

Não. A operadora de planos de saúde não pode utilizar nenhum mecanismo que impeça ou dificulte o atendimento nessas situações.



Prazos máximos de atendimento



Tempo de atendimento para consultas, exames e internações

A ANS estabelece prazos máximos para o atendimento do beneficiário de plano de saúde nos serviços e procedimentos por ele contratados. Este prazo refere-se ao atendimento por qualquer profissional da especialidade desejada e não por um profissional específico. A ANS não pode interferir na capacidade de atendimento dos prestadores de serviços de saúde e, sim, regular para que haja no mínimo uma alternativa para o atendimento ao beneficiário.

Os principais prazos máximos são:

- Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia – em até 07 dias úteis
- Consulta nas demais especialidades médicas – em até 14 dias úteis
- Exame - laboratórios de análises clínicas em regime ambulatorial – em até 3 dias úteis.

- Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial – em até 10 dias úteis
- Internação – em até 21 dias úteis
- Urgência/Emergência (determinada pelo médico assistente) – atendimento imediato

Disponibilidade dos profissionais de saúde

É preciso ficar claro que a operadora é obrigada a oferecer um profissional (laboratório/hospital) e não o profissional de escolha do beneficiário. Portanto, se o profissional de saúde ou estabelecimento (clínica/laboratório/hospital) escolhido não puder fazer o atendimento dentro do prazo estipulado pela ANS, e for desejo do beneficiário ser atendido somente por este profissional ou estabelecimento de saúde, deve-se aguardar a disponibilidade do profissional. Caso o beneficiário abra mão de ser atendido pelo prestador de saúde de escolha, a operadora do plano deverá indicar outro profissional ou estabelecimento para realizar o atendimento dentro do prazo estipulado pela ANS.

Marcar consultas e exames e não comparecer, sem desmarcar, pode prejudicar o acesso de outras pessoas aos serviços do plano. O tempo é precioso para sua saúde, e também para a saúde de milhões de beneficiários. Se agendar uma consulta, compareça! Se não for possível, desmarque-a!



Doenças ou lesões preexistentes



São doenças ou lesões das quais o beneficiário já saiba ser portador no momento da contratação do plano de saúde. Se o beneficiário possuía alguma doença ou lesão antes da contratação do plano, porém não tinha conhecimento, ela não poderá ser considerada como doença ou lesão preexistente (DLP).

Impedimento para contratação de um plano de saúde em razão das doenças ou lesões preexistentes

A Lei n.º 9.656/1998 garante a todos o direito de contratar um plano de saúde. Nos casos dos portadores de doença ou lesão preexistente, poderá haver restrição ao uso do plano durante 24 meses para procedimentos de alta complexidade, eventos cirúrgicos e leitos de alta tecnologia – UTI, CTI e similares – relacionados à doença declarada.

No momento da contratação do plano, ao preencher a Declaração de Saúde, a doença ou lesão preexistente deverá ser informada. Ninguém, inclusive o vendedor ou corretor, deve preencher a declaração de saúde com informações que não estejam de acordo com o verdadeiro estado de saúde do beneficiário.

Atenção: Se você é maior de idade e capaz, deve preencher e assinar sua Declaração de Saúde. Somente os menores de idade ou considerados incapazes é que podem ter seu contrato de plano de saúde e sua respectiva declaração assinados por seus responsáveis legais.

O que é a declaração de saúde?

É um formulário elaborado pela operadora que deverá ser preenchido no ato da contratação do plano. Nele o beneficiário deverá informar as doenças ou lesões que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano de assistência à saúde. O beneficiário poderá ser orientado, sem custos, por um médico indicado pela operadora do plano de saúde, ou poderá escolher um profissional não credenciado.

Caso o beneficiário deixe de informar que é portador de alguma doença ou lesão preexistente (DLP), da qual sabia ser portador no momento em que contratou ou aderiu ao plano de saúde, pode ser comprovada fraude e levar à suspensão ou à rescisão do contrato, após o julgamento administrativo pela ANS.

O consumidor poderá ser submetido à perícia médica ou a exames para constatação ou não de alguma doença ou lesão preexistente. Após a realização da perícia médica ou exame para a admissão no plano de saúde, a operadora do plano não poderá, posteriormente, alegar qualquer omissão de informação de doença ou lesão preexistente na Declaração de Saúde.



Restrições no período de cobertura parcial temporária

Não serão cobertos pelo plano de saúde procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados apenas às doenças ou lesões preexistentes que tenham sido declaradas no momento da contratação do plano. Os leitos de alta tecnologia (CTI ou UTI) e os procedimentos de alta complexidade estão previstos na lista de cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde estipulada pela ANS, disponível em www.ans.gov.br.

Existe outra maneira de contratar o plano sem cobertura parcial temporária caso o consumidor possua alguma doença ou lesão preexistente da qual ele saiba ser portador?

Sim. A operadora do plano de saúde pode sugerir um agravo na mensalidade, como opção à cobertura parcial temporária. Agravo significa um acréscimo temporário no valor da mensalidade, oferecido ao consumidor que declare ser portador de doenças ou lesões preexistentes para que ele tenha direito integral à cobertura, mesmo para os atendimentos motivados por essas doenças ou lesões que ele declarou no momento da contratação do plano.

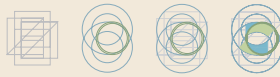
Os valores do agravo serão estabelecidos por livre negociação entre a operadora de planos de saúde e o consumidor e esse tema deverá constar em termo aditivo contratual específico.

Cobertura parcial temporária ou pagamento de agravo para crianças que nascem com doenças

Se a criança estiver inscrita no plano nos primeiros 30 dias, a contar do nascimento, guarda ou adoção, não é possível alegação de doença ou lesão preexistente. Nestes casos, não cabe preenchimento de Declaração de Saúde, cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT) ou agravo.

Cumprimento de período de cobertura parcial temporária (CPT) em planos coletivos

Nos contratos coletivos empresariais com 30 ou mais participantes não poderá haver agravo ou cobertura parcial temporária.



Reajuste de mensalidades



O reajuste dos planos de saúde pode ocorrer em dois momentos

1. Quando o beneficiário completar uma idade que ultrapasse o limite da faixa etária na qual se encontrava antes, conhecido como “reajuste por mudança de faixa etária”.
2. Anualmente, na data de aniversário do contrato, conhecido como “reajuste anual de variação de custos”.

Reajuste do plano coletivo – contratado por uma empresa, sindicato ou associação ao qual o beneficiário é vinculado

Ocorre também por mudança de faixa etária e por variação de custos (reajuste anual). Neste caso, o reajuste anual será aplicado conforme as normas contratuais livremente combinadas entre a operadora de planos de saúde e a pessoa jurídica

contratante (empresa, sindicato ou associação) e deverá ser comunicado à ANS em no máximo até 30 dias após o aumento do preço. Não é permitida a aplicação de reajustes diferenciados dentro de um mesmo contrato.

Reajuste por variação de custos (reajuste anual)

É o aumento da mensalidade em função da alteração nos custos causada pelo aumento do preço, utilização dos serviços médicos e pelo uso de novas tecnologias.

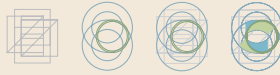
O percentual de reajuste aplicado nos contratos individuais/familiares não poderá ser maior que o divulgado pela ANS e somente poderá ser aplicado uma vez ao ano, no mês de aniversário do contrato.

Reajuste por variação de custos se para planos contratados antes de janeiro/1999 (antes da vigência da Lei nº 9.656/1998)

O reajuste por variação de custos deve obedecer ao previsto no contrato. Se não houver previsão de índice para o aumento ou se ele não estiver descrito de forma clara, esse reajuste deverá limitar-se ao percentual máximo divulgado pela ANS para o período. Excetuam-se a esta regra as operadoras que celebraram Termos de Compromisso junto à ANS e que, a cada ano, recebem autorizações para aplicação de reajuste em índice diferenciado, aprovado pela ANS.

Reajuste para planos exclusivamente odontológicos

Se o plano for coletivo, vale o disposto em contrato e na negociação entre os contratantes. Já se for individual, o índice de reajuste deverá estar claramente previsto no contrato. O índice de reajuste do plano individual tem que ser um índice de preços divulgado por instituição externa (IGPM, por exemplo).



Reajuste por mudança de faixa etária

É o aumento de preço que ocorre quando o beneficiário completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava antes. O contrato do plano de saúde deverá prever um percentual de aumento para cada mudança de faixa etária. Esse raciocínio se baseia no fato de que em geral, por questões naturais, quanto mais avança a idade da pessoa, mais necessários se tornam os cuidados com a saúde e mais frequente é a utilização de serviços dessa natureza. Para esse tipo de aumento, as regras são as mesmas para planos coletivos ou individuais/familiares.

Se o percentual de reajuste não constar expressamente no contrato, a operadora de planos de saúde não poderá aplicar esse aumento.

Faixas etárias previstas na legislação

1. Para planos contratados a partir janeiro/2004, quando entrou em vigor o Estatuto do Idoso

O estatuto proibiu a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade, definindo, ainda, que seriam consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais. O reajuste por variação de custos não foi alterado pelo Estatuto do Idoso, pois não é aplicado em função da idade. Assim, o plano de saúde da pessoa com 60 anos ou mais terá apenas o reajuste anual.

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

O valor da mensalidade na 10ª faixa etária pode ser, no máximo, seis vezes superior ao valor da 1ª faixa. A variação acumulada entre a 7ª e a 10ª faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixas.



2. Para planos contratados entre janeiro/1999 e janeiro/2004

A Consu 06/1998 determina que o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior do que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos). Os contratos de consumidores com 60 anos ou mais e dez anos ou mais de plano não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.

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

3. Para planos contratados antes de janeiro/1999 (anteriores à Lei 9.656/1998)

Nesse caso, o reajuste deve ser aplicado conforme a tabela de faixa etária e os percentuais de variação estabelecidos em seu contrato. Caso haja a previsão do reajuste por mudança de faixa etária no contrato, porém sem os percentuais de variação, a operadora de planos de saúde apenas poderá efetuar os reajustes se forem atendidos requisitos específicos¹.

Nota1: Requisitos detalhados na Súmula Normativa nº 03/2001

Aposentados e demitidos



O aposentado ou o ex-empregado exonerado ou demitido sem justa causa, que contribuía para o custeio do seu plano privado de saúde, tem o direito de manter as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, sem prejuízo de eventuais vantagens obtidas em negociações coletivas.

A empresa empregadora é obrigada a manter o aposentado ou o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa no plano enquanto o benefício for ofertado para os empregados ativos, desde que o aposentado ou o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, tenha contribuído para o custeio do seu plano privado de saúde e que o mesmo não seja admitido em novo emprego.

A decisão do aposentado ou o ex-empregado demitido sem justa causa de se manter no plano deve ser informada à empresa empregadora no prazo máximo



de 30 dias contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.

Para que o aposentado ou ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa seja mantido no plano devem ser observadas as seguintes condições

1. Ter sido beneficiário de plano coletivo decorrente de vínculo empregatício.
2. Ter contribuído com pelo menos parte do pagamento do seu plano de saúde.
3. Assumir o pagamento integral do benefício.
4. Não ser admitido em novo emprego que possibilite o acesso a plano privado de assistência à saúde.
5. Formalizar a opção de manutenção no plano no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.

Dependentes do aposentado ou ex-empregado

O direito ao uso do plano é extensivo obrigatoriamente ao grupo familiar que estava inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, se assim desejar o aposentado ou o ex-empregado demitido ou aposentado.

No caso de morte do aposentado ou do ex-empregado demitido ou exonerado, seus dependentes continuam no plano pelo restante do tempo a que o beneficiário titular tinha direito.

Quem paga o plano do aposentado ou do ex-empregado demitido ou exonerado a partir de seu desligamento e por quanto tempo ele pode ser mantido no plano?

O aposentado ou ex-empregado demitido ou exonerado deve assumir o pagamento integral da mensalidade do plano, ou seja, a soma da contribuição patronal e da

contribuição paga pelo empregado durante a vigência do contrato de trabalho.

O aposentado que contribuiu para o plano de saúde por 10 anos ou mais tem o direito de se manter no plano enquanto a empresa empregadora oferecer esse benefício aos seus empregados ativos e desde que não seja admitido em novo emprego.

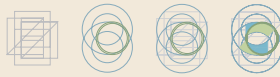
O aposentado que contribuiu para o plano de saúde por período inferior a 10 anos poderá permanecer no plano por um ano para cada ano de contribuição, desde que a empresa empregadora continue a oferecer esse benefício aos seus empregados ativos e que não seja admitido em novo emprego.

A manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa no plano será correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o plano, com um mínimo assegurado de seis e um máximo de 24 meses.

O aposentado ou o ex-empregado demitido sem justa causa tem o direito de contratar um plano individual com aproveitamento das carências já cumpridas, caso a operadora comercialize plano de contratação individual e familiar.

Direitos do aposentado que continua trabalhando na mesma empresa ou grupo empresarial

O aposentado que permanece trabalhando pode continuar a gozar do benefício no plano de ativos até que se desligue completamente da empresa (pedido de demissão ou demissão com ou sem justa causa) quando deverá passar a gozar dos benefícios garantidos aos aposentados.



Fim do contrato do plano de saúde: Rescisão



Nos contratos individuais a operadora pode rescindir o contrato unilateralmente nos casos de fraude ou não pagamento da mensalidade por mais de 60 dias (consecutivos ou não), nos últimos 12 meses, desde que o beneficiário seja comunicado da inadimplência até o 50º dia.

Nos planos coletivos a operadora pode rescindir o contrato em caso de fraude ou perda da condição de vínculo do beneficiário com a pessoa jurídica contratante. Além disso, poderá ocorrer rescisão contratual imotivada após a vigência do período de 12 meses desde que haja prévia notificação da outra parte e com antecedência mínima de 60 dias.

Nenhum beneficiário pode ser excluído do plano em função da idade ou de sua condição de saúde.

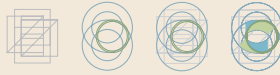
Administradora de benefícios

A empresa que trabalho contratou plano de saúde com uma operadora, mas na carteira do plano vem a marca de outra empresa. Afinal, qual das duas é responsável pelo meu atendimento? Se eu tiver uma reclamação, com qual das duas devo reclamar?

Essa empresa que aparece na carteira do plano é uma administradora de benefícios, cujas atribuições, dentre outras, são: dar apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano, terceirizar serviços administrativos e apoiar tecnicamente a discussão de aspectos operacionais, como a negociação de reajuste anual para o plano.

No que diz respeito a eventuais reclamações, quando a demanda envolver atividades típicas da operação de planos privados de assistência à saúde, ela deve ser endereçada à operadora, por disposição expressa do art. 3º da RN 196/2009.

ATENÇÃO: reclamações referentes a este atendimento devem ser endereçadas à operadora.



Continuidade do atendimento após a morte do titular: Remissão



Alguns contratos de planos de saúde, individuais/familiares ou coletivos, podem conter cláusulas com previsão de remissão, que é a 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. Nos planos individuais/familiares, o término do período de remissão não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, desde que assumam as obrigações decorrentes, tais como o pagamento integral das mensalidades.

A extinção desses contratos é considerada infração, passível de multa para as operadoras de planos de saúde.

Valor da mensalidade do plano após o período de remissão

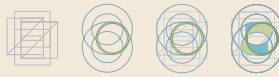
Os critérios para a atualização da mensalidade deverão ser mantidos mesmo durante o período de remissão. O beneficiário dependente que optar por permanecer no plano de saúde nas mesmas condições contratuais após o final do período de remissão, deve assumir o pagamento do valor reajustado, limitado aos reajustes permitidos na regulamentação vigente.

Logo, o valor da mensalidade pode ser atualizado em função da variação anual dos custos e da variação de faixa etária, ocorridas durante o período de remissão, nos termos da regulamentação aplicável. Cabe atentar aos casos em que haja necessidade de revisão da mensalidade em função de descontos previstos contratualmente, como, por exemplo, de valores diferenciados em função do número de integrantes dos grupos familiares.

Situação dos dependentes em planos sem remissão após a morte do titular do contrato

Nos planos familiares, o falecimento do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, desde que assumam as obrigações decorrentes, tais como o pagamento das mensalidades.

Nos planos coletivos os dependentes têm o direito de realizar a portabilidade especial de carências, desde que troquem de plano de saúde no prazo de 60 dias, contados do falecimento do titular. Esta alternativa se aplica a todos os dependentes, independente do tipo de contratação do plano.



Portabilidade de Carências, Portabilidade Especial, Migração e Adaptação



Há casos em que é possível trocar de plano de saúde sem cumprir carência ou cobertura parcial temporária no plano novo.

Portabilidade de Carências

É a possibilidade de contratar um plano de saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão, dentro da mesma operadora de planos de saúde ou em operadoras diferentes, sem cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem. Para usar a portabilidade pela primeira vez, o beneficiário deverá estar no plano de saúde há pelo menos dois anos e no caso do cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT), há três

anos. O beneficiário não pode estar em carência no plano de origem para usar a portabilidade. A partir da segunda vez, basta estar por no mínimo um ano no plano.

Em ambos os casos, a portabilidade poderá ser feita em até quatro meses a partir do mês de aniversário do contrato. Caso não a utilize nesse período, o beneficiário poderá fazê-lo somente no ano seguinte, também em até quatro meses a partir do mês de aniversário do contrato.

Pode ser feita a portabilidade de um plano individual para outro, de um plano coletivo por adesão para outro e de um plano individual para um plano coletivo por adesão e vice-versa. Também é possível mudar de um plano de abrangência municipal, para um de atendimento em vários municípios, em um ou vários estados, ou nacional.

A operadora do plano de origem deverá comunicar a todos os beneficiários a data inicial e final do período estabelecido para o exercício da portabilidade de carências. Essa informação deve constar do boleto de pagamento do mês anterior ao referido período, em correspondência enviada aos titulares dos contratos nos casos em que não lhes seja enviado boleto ou ainda por qualquer outro meio que assegure ciência do beneficiário.

Portabilidade Especial de Carências

A portabilidade especial pode ser utilizada em três casos:

- 1.** Por beneficiário de operadora que tenha seu registro cancelado pela ANS ou que esteja em processo de Liquidação Extrajudicial, caso a transferência compulsória de carteira tenha sido frustrada
- 2.** Por beneficiário de plano que tenha ocorrido a morte do titular do contrato
- 3.** Por beneficiário ex-empregado demitido ou exonerado (sem justa causa) ou aposentado (e dependentes vinculados ao plano) durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.



Na primeira situação, para o exercício do direito à Portabilidade Especial, será fixado caso a caso um prazo de até 60 dias, a contar da publicação de Resolução Operacional da Diretoria Colegiada da ANS (no caso de alienação compulsória frustrada, quando caberá prorrogação).

Na segunda situação, no caso de morte do titular do contrato de plano de saúde, o prazo de 60 dias para exercício da Portabilidade Especial se inicia no dia do falecimento. Nesse caso, não há a necessidade de publicação de Resolução Operacional pela ANS.

Na terceira situação, a portabilidade especial de carências deve ser requerida pelo beneficiário ex-empregado demitido ou exonerado (sem justa causa), ou aposentado entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente, ou no prazo de 60 dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário, garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

Além disso, os critérios da Portabilidade Especial são parcialmente flexibilizados: o período para efetuar a portabilidade é específico, nem sempre estando vinculado ao mês do aniversário do contrato. Não é exigida a permanência mínima no plano, nestes casos pode haver cobrança de períodos de carência remanescentes. São exigidos adimplência (pagamento sem atrasos), tipo compatível de plano e faixa de preços igual ou inferior.

Migração de contrato de plano de saúde

É o direito concedido aos beneficiários de planos individuais/familiares ou coletivos por adesão antigos, ou seja, de contratos assinados antes de janeiro/1999, de migrar para um plano de saúde novo da mesma operadora, sem que haja nova contagem de carência.

O novo plano tem que ser compatível com o plano atual. Para verificar a compatibilidade deve-se consultar a opção “Migração de contrato de planos de

saúde” do menu principal, do “Guia de Planos da ANS”, que pode ser acessado em www.ans.gov.br > Planos de Saúde e Operadoras > Contratação e Troca de Plano > Escolha um plano.

É garantido ao responsável pelo contrato em planos individuais ou familiares e coletivos por adesão, e também a cada beneficiário autonomamente, o direito de migrar para um plano de saúde da mesma operadora, sem que haja nova contagem de carências.

Adaptação de contrato de plano de saúde

Não é exatamente uma troca de plano de saúde, mas sim um aditamento realizado a um contrato de plano de saúde celebrado até janeiro/1999, na mesma segmentação assistencial e na mesma operadora de planos de saúde, para ampliar o conteúdo desse contrato de forma a incluir todos os direitos e garantias previstos na Lei nº 9.656/1998.

É possível mudar para qualquer outro plano sem cumprir carência?

Não. A Portabilidade, a Portabilidade Especial de carências e a Migração somente poderão ser feitas entre planos compatíveis. A ANS disponibiliza em sua página na internet um aplicativo para o beneficiário definir as necessidades, identificar planos de saúde compatíveis, escolher a melhor opção e obter o relatório de compatibilidade, documento necessário para fazer a troca de planos.

Acesse www.ans.gov.br > Planos de Saúde e Operadoras > Contratação e Troca de Plano > Escolha um plano, e confira!

Além disso, a Portabilidade, a Portabilidade Especial e a Migração somente poderão ter como planos de destino os planos de contratação individual ou familiar ou coletiva por adesão, sendo que, nesta última opção é necessário, ainda, que o beneficiário possua vínculo com a pessoa jurídica contratante.



Em casos de Portabilidade Especial onde todas as carências do plano de saúde de origem não tiverem sido cumpridas, o beneficiário poderá fazer a troca do plano na Portabilidade Especial, porém deverá continuar a aguardar para ser atendido no novo plano pelo mesmo período de carência ou cobertura parcial temporária que faltava cumprir no plano de saúde de origem.

Atenção: Na Portabilidade comum, não é possível mudar de plano sem o cumprimento de carências quando o beneficiário estiver cumprindo carência no plano de origem, pois é exigido tempo de permanência de dois anos ou três anos, no caso do cumprimento de CPT, para a primeira portabilidade. Para as demais, é exigido prazo de um ano. Em todos esses casos, o beneficiário não está em carência no plano de origem.

Ao mudar de plano irei pagar o mesmo valor do plano de origem?

O valor do plano de destino poderá ser mais caro, igual ou mais barato. Contudo, a faixa de preço será sempre igual ou inferior ao plano de origem. Ela representa uma referência e é calculada com base em informações enviadas à ANS pelas operadoras de planos de saúde. Para saber o valor exato a ser pago é necessário consultar a operadora de planos de saúde que comercializa o plano de destino. Não poderá haver taxas específicas e nem discriminação de preços de planos em virtude da utilização da Portabilidade, Portabilidade Especial, ou Migração, ou seja, não é permitida a cobrança de quaisquer acréscimos diversos das condições normais de comercialização de um plano de saúde.

A Portabilidade só poderá ser exercida em um período de quatro meses ou 120 dias: desde o 1º dia do mês de aniversário do contrato até o último dia útil do 3º mês subsequente.

No caso do meu contrato ser familiar, posso exercer a Portabilidade de Carências individualmente?

Sim. Os beneficiários de contratos individuais ou familiares podem exercer a Portabilidade individualmente ou em grupo. Se apenas parte dos integrantes optar pela troca de plano, os demais continuam a ser atendidos normalmente no plano de origem.

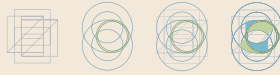
O beneficiário não precisa e nem pode sair do atual plano de saúde antes de exercer a Portabilidade de Carências. Na assinatura da proposta de adesão com a operadora do plano de destino, haverá um campo para autorização da operadora do plano de destino entrar em contato com a operadora do plano de origem para fazer a rescisão do contrato no caso de aceitação do pedido de portabilidade.

A última mensalidade do plano de origem deverá ser proporcional ao número de dias de cobertura do serviço, devendo haver cobrança pró-rata ou devolução dos valores pagos à maior, conforme o caso.

Recusa de proposta de adesão por meio da portabilidade

A proposta de adesão só pode ser recusada pela operadora de destino se não atender aos requisitos estabelecidos na norma da ANS. Se esse for o caso, o beneficiário continuará a ser atendido normalmente no plano de saúde de origem e terá direito à devolução dos valores eventualmente adiantados.

Mesmo que a proposta de adesão seja aceita, o contrato do plano de saúde de origem só pode ser encerrado quando o de destino entrar em vigor.



Requisitos e passo a passo para trocar de plano de saúde sem cumprir carência no plano novo



Portabilidade Comum - requisitos

- 1.** Ser beneficiário de plano contratado a partir de janeiro/1999 e estar vinculado ao plano há pelo menos dois anos ou três anos em caso de cumprimento de cobertura parcial temporária.
- 2.** Estar em dia com a mensalidade do plano de origem e apresentar cópia dos três últimos boletos vencidos.

3. O plano de destino ser compatível com o plano de origem - consultar a opção “Portabilidade” no menu principal do Guia de Planos da ANS, disponível em www.ans.gov.br > Plano de Saúde e Operadoras > Contratação e troca de planos > Escolha um plano .
4. A faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior àquela em que se enquadra o plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão (consultar www.ans.gov.br).
5. Solicitar a portabilidade no prazo de quatro meses, que vai do primeiro dia do mês de aniversário do contrato até o último dia útil do terceiro mês subsequente.
6. Não considerar como plano de destino planos que estejam cancelados ou com comercialização suspensa.

Portabilidade Comum – passo a passo

1. Verificar nos requisitos se existe o ireito à portabilidade de carências.
2. Consultar a opção “Portabilidade” no menu principal do Guia ANS em www.ans.gov.br para identificar os planos de saúde compatíveis com o plano de origem para fins de portabilidade de carências. Ao final da consulta, imprimir o relatório de planos em tipo compatível.
O Guia ANS pode ser consultado em: www.ans.gov.br > Plano de Saúde e Operadoras > Contratação e troca de planos > Escolha um plano.
3. Dirigir-se à operadora do plano de saúde escolhido levando o relatório de planos em tipo compatível e solicitar a proposta de adesão.
4. Apresentar os documentos² necessários na data da assinatura da proposta de adesão.

Nota 2: Apresentar cópia dos comprovantes de pagamento dos três últimos boletos vencidos e de um documento que comprove a permanência por pelo menos dois anos no plano de origem ou por pelo menos três anos, caso tenha cumprido a cobertura parcial temporária (CPT) ou nos casos de doenças e lesões preexistentes, ou por pelo menos um ano, a partir da segunda portabilidade (pode ser cópia do contrato assinado, da proposta de adesão, declaração da operadora do plano de origem ou outro documento), além do comprovante de vínculo com a pessoa jurídica contratante, caso o plano de destino seja coletivo por adesão.



5. Aguardar a resposta da operadora do plano de destino, que deve ocorrer em até 20 dias após a assinatura da proposta de adesão. Se esse prazo não for cumprido, considera-se que ela aceitou a proposta. Nesse caso, recomenda-se que o beneficiário faça novo contato para confirmar com a operadora e solicitar a carteira do plano.
6. O contrato do plano de destino entra em vigor 10 dias após o aceite da operadora. A operadora do plano de destino entrará em contato com a operadora do plano de origem e com o beneficiário para confirmar essa data.
7. Ao final, entrar em contato com a operadora do plano de origem para informar que exerceu a Portabilidade de Carências, apontando a data de início da vigência do contrato, que será a mesma do encerramento do contrato do plano de origem.

Portabilidade Especial – requisitos

1. Ser beneficiário de operadora com insucesso da transferência compulsória de carteira, em processo administrativo (regime especial de Direção Fiscal ou Direção Técnica), ou nos casos de cancelamento compulsório do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial sem regime especial prévio, que tenha sido objeto de Resolução Operacional específica da ANS; ou no caso de morte do titular do contrato, no prazo de 60 dias a contar do falecimento; ou ser ex-empregado demitido ou exonerado (sem justa causa) ou aposentado (e dependentes vinculados ao plano) e estar no período de manutenção da condição de beneficiário, garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998.
2. Estar em dia com a mensalidade do plano de origem e apresentar cópia do comprovante de pagamento dos três últimos boletos vencidos no caso de morte do titular do contrato e no caso de ex-empregado, demitido ou exonerado (sem justa causa) ou aposentado. Nos demais casos de portabilidade especial, a adimplência será comprovada por meio da apresentação de cópia dos comprovantes de pagamento de pelo menos quatro boletos vencidos, referentes ao período de seis meses estabelecido caso a caso em Resolução Operacional específica.

3. O plano de destino ser compatível com o plano de origem (consultar o Guia ANS).
4. A faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior àquela em que se enquadra o plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão (consultar O Guia ANS).
5. Solicitar a portabilidade no prazo de 60 dias (ou prorrogação) a contar da publicação de Resolução Operacional específica, salvo no caso de morte do titular, cujo prazo de 60 dias é contado a partir do falecimento. E no caso de ex-empregado demitido ou exonerado (sem justa causa) ou aposentado, o prazo de 60 dias é anterior ao do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998. Além disso, nesse último caso, também é possível pedir a portabilidade especial no período entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente.
6. Não considerar como plano de destino os planos que estejam cancelados ou com comercialização suspensa.
O Guia ANS pode ser consultado em: www.ans.gov.br > Plano de Saúde e Operadoras > Contratação e troca de planos > Escolha um plano.

Portabilidade Especial – passo a passo

1. Verificar nos requisitos se existe o direito à portabilidade especial de carências.
2. Consultar a opção “Portabilidade Especial” no menu principal do “Guia ANS” em www.ans.gov.br para identificar planos de saúde compatíveis com o plano de origem para fins de Portabilidade Especial de Carências. Ao final da consulta, imprimir o relatório de planos em tipo compatível.
O Guia ANS pode ser consultado em: www.ans.gov.br > Plano de Saúde e Operadoras > Contratação e troca de planos > Escolha um plano.
3. Dirigir-se à operadora do plano de saúde escolhido levando o relatório de planos em tipo compatível e solicitar a proposta de adesão.



4. Apresentar os documentos necessários³ na data da assinatura da proposta de adesão.
5. Aguardar a resposta da operadora do plano de destino, que deve ocorrer em até 20 dias após a assinatura da proposta de adesão. Se esse prazo não for cumprido, considera-se que ela aceitou a proposta. Nesse caso, recomenda-se fazer novo contato para confirmar com a operadora e solicitar a carteira do plano.
6. O contrato do plano de destino entra em vigor 10 dias após o aceite da operadora. A operadora do plano de destino entrará em contato com a operadora do plano de origem e com o beneficiário para confirmar essa data.
7. Ao final, entrar em contato com a operadora do plano de origem para informar que exerceu a portabilidade especial de carências, apontando a data de início da vigência do contrato, que será a mesma do encerramento do contrato do plano de origem.

Migração – requisitos

1. Ser beneficiário de plano individual ou familiar ou coletivo por adesão contratado antes de janeiro/1999 não adaptado à Lei nº 9.656/1998.
2. O plano de destino ser compatível com o plano de origem - consultar a opção “Migração de contrato de planos de saúde” no menu principal do Guia ANS disponível em www.ans.gov.br > Plano de Saúde e Operadoras > Contratação e troca de planos > Escolha um plano.
3. A faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior àquela em que se enquadra o plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão (consultar www.ans.gov.br).

Nota 3: Cópia dos comprovantes de pagamento dos três últimos boletos vencidos nos casos de morte do titular do contrato e de ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado. No caso de insucesso na alienação compulsória de carteira frustrada, cópia dos comprovantes de pagamento de pelo menos quatro boletos vencidos, referentes ao período de seis meses estabelecido caso a caso por Resolução Operacional específica; cópia de um documento que comprove a permanência por pelo menos dois anos no plano de origem ou por pelo menos três anos, caso tenha cumprido a cobertura parcial temporária (CPT) ou nos casos de doenças e lesões preexistentes, ou por pelo menos um ano, a partir da segunda portabilidade (pode ser cópia do contrato assinado, da proposta de adesão, declaração da operadora do plano de origem ou outro documento) e cópia do comprovante de vínculo com a pessoa jurídica contratante, caso o plano de destino seja coletivo por adesão.

Migração – passo a passo

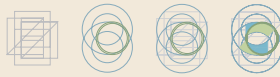
1. Verifique se existe o direito à migração.
2. Consulte a opção “Migração de Contrato de Planos de Saúde” no menu principal, do “Guia de Planos da ANS”, em www.ans.gov.br para identificar planos de saúde compatíveis com o seu para fins de Migração.
3. Dirigir-se à operadora levando o relatório de planos em tipo compatível (que pode ser impresso ao final da consulta em www.ans.gov.br). Solicitar a proposta de migração.
4. A proposta de Migração deverá indicar que o contrato do plano de destino entra em vigor na data da sua assinatura.

Adaptação – requisitos

Ser beneficiário de plano individual ou familiar ou coletivo por adesão contratado antes de janeiro/1999 não adaptado à Lei nº 9.656/1998.

Adaptação – passo a passo

Neste caso, basta negociar diretamente com a operadora do plano de origem.



Ingresso em Planos Coletivos:



Planos Coletivos são planos de saúde contratados por uma empresa ou instituição para seus funcionários, com ou sem seus respectivos grupos familiares.

Plano Coletivo Empresarial – requisitos

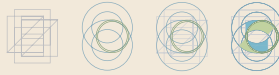
Ser vinculado por relação empregatícia a uma empresa ou instituição, com ou sem seus respectivos grupos familiares.

Ingressar em plano coletivo empresarial com mais de 30 beneficiários em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

Plano Coletivo por Adesão – requisitos

Ser vinculado a uma pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, com ou sem seus respectivos grupos familiares (Resolução Normativa nº 195).

Ingressar no plano coletivo por adesão em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou no aniversário do contrato, desde que o beneficiário tenha se vinculado à associação após o aniversário e a proposta de adesão seja formalizada até 30 dias da data de aniversário do contrato.



Os termos mais usados quando o assunto é plano de saúde



Área Geográfica de Abrangência

Deve-se avaliar bem se há necessidade de um plano de saúde que atenda apenas no município do beneficiário ou em outros municípios, no estado, em outros estados ou em todo o Brasil. A área geográfica do plano deve estar expressa de forma clara no contrato do plano de saúde.

Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização do procedimento.

Nos planos em que há coparticipação, além da mensalidade, o beneficiário arca com parte do valor de alguns procedimentos quando utilizá-los. Portanto, o valor a ser pago por cada procedimento deve ser menor que o pagamento integral do procedimento. O contrato deve ser pesquisado para saber quais procedimentos (consultas, exames etc.) estão sujeitos à cobrança de coparticipação.

Diferença de preço entre faixas etárias

Os preços dos planos de saúde são determinados em função dos custos e da frequência de utilização dos procedimentos médicos. Decorrente disso, os preços dos planos podem variar de acordo com as faixas etárias dos beneficiários. Por exemplo, o preço de um plano para um indivíduo de 20 anos tende a ser mais baixo do que o preço cobrado para alguém de 60 anos. Isso porque uma pessoa idosa, em geral, precisa de cuidados médicos com mais frequência.

Para que as operadoras não inibam o acesso das pessoas mais idosas aos planos de saúde, a ANS estabeleceu limitações com relação às variações entre as faixas etárias. Por exemplo, o preço da última faixa não pode ser mais de seis vezes o valor estabelecido para a primeira faixa.

Franquia

Franquia é o estabelecimento de um valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de reembolso, nem de pagamento, nem de pagamento à rede credenciada ou referenciada. A franquia estipulada é paga pelo beneficiário de plano de saúde diretamente ao prestador de serviços de saúde.

Livre escolha

Possibilita ao beneficiário atendimento em consultórios, clínicas e laboratórios não pertencentes às redes credenciadas ou referenciadas ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais. A operadora do plano deverá informar em contrato:



- Coberturas o beneficiário poderá utilizar
- Como calcular o valor do reembolso
- Locais onde pode ser consultada a tabela de reembolso
- Documentos a serem apresentados para a solicitação
- Prazo para efetuar a solicitação
- Prazo para efetuar o pagamento

Operadoras de Planos de Saúde

As operadoras são empresas que vendem planos de saúde. Deve-se verificar se a operadora escolhida e o plano a ser contratado têm registro na ANS. Para isso, consulte www.ans.gov.br > Planos de Saúde e Operadoras > Informações e Avaliações de Operadoras > Consultar dados ou ligue para o Disque ANS: 0800 701 9656.

Pagamento das mensalidades

Deve-se verificar a data de vencimento da mensalidade e evitar pagar com atraso. Se os períodos de atraso no pagamento somados ao longo dos últimos 12 meses forem superiores a um total de 60 dias, corridos ou não, a empresa que vendeu o plano de saúde poderá rescindir o contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente comunicado até o 50º dia de atraso do pagamento da mensalidade.

Plano de saúde individual/familiar

Plano contratado diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.

Plano de saúde coletivo empresarial

Plano contratado por uma empresa ou instituição para seus funcionários, com ou sem seus respectivos grupos familiares.

Plano de saúde coletivo por adesão

Plano contratado por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, para oferta à população a ela vinculada com ou sem seus respectivos grupos familiares (Resolução Normativa nº 195).

Prazos de carência

Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a algumas coberturas. Os prazos máximos de carência são:

- 24 horas para urgências e emergências
- 300 dias para parto a termo (em gestações com mais de 37 semanas)
- Até 180 dias para consultas, exames, internações e cirurgias

Preços dos planos de saúde

Os preços variam de acordo com a faixa etária, cobertura, rede credenciada, abrangência geográfica e percentual ou valor de fator moderador (coparticipação ou franquia).

Rede Prestadora

É o conjunto de profissionais e estabelecimentos de saúde (profissionais de saúde, clínicas, laboratórios e hospitais), próprios, credenciados ou referenciados pelos planos de saúde.

Deve-se verificar se a rede credenciada oferecida atende às necessidades, identificando quais hospitais estarão à disposição, bem como a localização de cada um.



Tipos de plano – segmentação assistencial

Deve-se observar se o plano escolhido atende às necessidade de cobertura.

Plano referência: Obrigatoriamente oferecido pelas empresas que vendem planos de saúde. Garante assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica, com cobertura integral nos casos de urgência e emergência com acomodação em enfermaria.

Plano ambulatorial: Inclui os atendimentos em consultas, sem limite de quantidade, e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos para os quais não seja necessária internação hospitalar, além de cobertura para pré-natal.

Plano hospitalar com obstetrícia: Além do que está incluído no plano sem obstetrícia, o plano com obstetrícia inclui pré-natal, parto e pós-parto. Também é garantido o atendimento ao recém-nascido, por 30 dias, assim como sua inscrição como dependente sem o cumprimento de carências pelo bebê, desde que o titular (pai ou mãe) já tenha cumprido.

Plano odontológico: Inclui os procedimentos odontológicos realizados em consultório. As cirurgias odontológicas que necessitem de estrutura hospitalar só serão integralmente cobertas se o plano hospitalar também tiver sido contratado.

Combinações de planos: As empresas que vendem planos de saúde podem oferecer combinações diferentes de planos, à exceção do plano tipo referência, como por exemplo: plano ambulatorial; plano hospitalar; plano ambulatorial + hospitalar com obstetrícia; plano ambulatorial + hospitalar + odontológico e com obstetrícia; entre outros. Caberá ao beneficiário escolher o que for mais adequado às necessidades.

Canais de Relacionamento

Os canais de relacionamento da ANS estão disponíveis para esclarecer as dúvidas dos consumidores de planos de saúde e das operadoras de planos de saúde a respeito de seus direitos e deveres, registrar denúncias de desrespeito às normas do setor ou registrar denúncia de desrespeito ao contrato assinado entre a operadora de plano de saúde e o beneficiário.

Canal	Acesso	Horário de Funcionamento
 DisqueANS	0800 701 9656	Segunda a sexta, das 8 às 20h, exceto feriados
 Portal da ANS	http://www.ans.gov.br	24 horas
 Atendimento Presencial	Núcleos da ANS	Segunda a sexta, das 8h30 às 16h30, exceto feriados

Atenção: Para saber o endereço do Núcleo da ANS mais perto de você consulte www.ans.gov.br > A ANS > Nossos endereços; ligue para o Disque ANS ou veja na contracapa deste Guia.

Para fazer sugestões, reclamações, elogios e consultas sobre ações e desempenho da ANS acesse www.ans.gov.br > A ANS > Ouvidoria.

Veja o endereço da ANS mais próximo de você:

Núcleo	Endereço	Abrangência
Belém/PA	Rua Dom Romualdo de Seixas, nº 1560 Edifício Connex Office, 7º pavimento, Espaços corporativos 4 e 5. Bairro: Umarizal - CEP: 66055-200	Amapá, Amazonas, Pará e Roraima
Belo Horizonte/MG	Rua Paraíba, 330 - 11º andar Sala 1104 Edifício Seculus Bairro: Funcionários - CEP: 30130-917	Minas Gerais (com exceção da Mesorregião do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Sul e Sudoeste de Minas Gerais) e Espírito Santo
Brasília/DF	SAS Quadra 1, lote 2, Bloco N, 1º andar, Edifício Terra Brasília - CEP: 70070-941	Distrito Federal, Goiás e Tocantins
Cuiabá/MT	Av. Historiador Rubens de Mendonça, 1894 Salas 102, 103 e 104 Av do CPA Centro Empresarial Maruanã Bairro: Bosque da Saúde - CEP: 78050-000	Acre, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia
Curitiba/PR	Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 373 Conjunto 902 Bairro: Centro - CEP: 80410-180	Paraná e Santa Catarina
Fortaleza/CE	Avenida Dom Luís, 807, 23º pavimento Edifício Etevaldo Nogueira Business Bairro: Meireles, Fortaleza/CE - CEP: 60160-230	Ceará, Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte
Porto Alegre/RS	Rua dos Andradas, n.º 1276 - 6º andar - Sala 602 Bairro: Centro - CEP: 90020-008	Rio Grande do Sul
Recife/PE	Av. Lins Pettit, nº 100, 9º andar - Empresarial Pedro Stamford - Bairro: Ilha do Leite - CEP: 50070-230	Alagoas, Paraíba e Pernambuco
Ribeirão Preto/SP	Rua São Sebastião, 506 - 2º andar - Salas 209 a 216 Edifício Bradesco Bairro: Centro - CEP: 14015-040	Ribeirão Preto, Mesorregião do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Sul e Sudoeste de Minas Gerais, Araçatuba, Araraquara, Assis, Bauru, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto
Rio de Janeiro/RJ	Av. Augusto Severo, 84 - térreo - Edifício Barão de Mauá - Bairro: Glória - CEP: 20021-040	Rio de Janeiro
Salvador/BA	Av. Antonio Carlos Magalhães, 771 - Salas 1601-1604 e 1607-1610 - Edifício Torres do Parque Bairro: Itaipara - CEP: 41.825-000	Bahia e Sergipe
São Paulo/SP	Av. Bela Cintra, 986 - 5º andar Edifício Rachid Saliba Bairro: Jardim Paulista - CEP: 01415-000	São Paulo, com exceção das Mesorregiões de Araçatuba, Araraquara, Assis, Bauru, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto