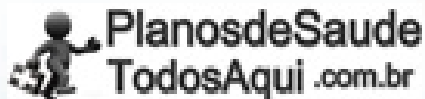




Planos de saúde: guia prático

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



A agência reguladora de planos de saúde do Brasil

Atualizado em dezembro/2011

Índice

O que é a ANS?	3
Como a ANS pode ser útil?	3
Agenda Regulatória: Compromisso da ANS com a sociedade	4
Passos para contratar um plano de saúde	5
Temas importantes	7
A que você tem direito: Cobertura assistencial	7
Quando você já tem problemas de saúde ao contratar o plano: Doenças ou lesões preexistentes	12
Atendimento de urgência e emergência	16
Aumento de preços: Reajuste de mensalidades	19
Fim do contrato do plano de saúde: Rescisão	22
Trocar de plano de saúde sem cumprir carência: Portabilidade de carências, Portabilidade especial, Migração e Adaptação	23
Ingresso em Planos Coletivos	34
Entenda melhor os termos mais usados quando o assunto é plano de saúde	36
Canais de Relacionamento	39

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.

Regular o setor de planos de saúde é buscar o equilíbrio entre os interesses dos consumidores, dos prestadores de serviços de saúde e das operadoras de planos de saúde em nome do interesse

público. Nesse caso, o interesse público é manter o bom funcionamento do setor de saúde suplementar, entendido como o conjunto de serviços de saúde particulares organizados, contratados e gerenciados por operadoras de planos de saúde (cooperativas e seguradoras de saúde, entre outras), cujo uso os associados ou beneficiários pagam mensalmente e antecipadamente.

Como a ANS pode ser útil?

Este guia foi elaborado para ajudar você a entender as regras de contratação e de utilização de planos de saúde e, também, para responder às dúvidas mais frequentes. Orientações práticas serão dadas ao longo do texto e dicas úteis serão sinalizadas em boxes azuis.

Guarde este material com você e, em caso de necessidade, entre em contato conosco em www.ans.gov.br, pelo Disque ANS: 0800 701 9656 ou presencialmente, em um dos 12 Núcleos da ANS distribuídos por todo o Brasil, cujos endereços estão disponíveis na página da ANS na internet. Você também encontra informações a respeito das normas que regem o setor de planos de saúde na Lei Federal nº 9.656/1998.



Agenda Regulatória: Compromisso da ANS com a sociedade

A ANS criou sua primeira Agenda Regulatória, uma ferramenta de planejamento em que estabelece um compromisso em um cronograma de atividades prioritárias, com uma abordagem organizada e estruturada, a fim de garantir maior transparência e previsibilidade na sua atuação e assim, promover o desenvolvimento saudável e sustentável do setor regulado.

Com a Agenda Regulatória, a ANS assegura a qualidade e a transparência de sua atuação, permitindo que:

- a sociedade opine sobre os assuntos que devem ser tratados pela Agência

e como devem ser encaminhados;

- o cidadão acompanhe a evolução das propostas pré-estabelecidas;
- as ações da ANS sejam cada vez mais claras; e,
- a elaboração das normas do setor fique aberta à participação da sociedade, através de representação em câmaras técnicas e participação em consultas públicas.

Confira em www.ans.gov.br as questões envolvidas nos nove temas da agenda da ANS para 2011 e 2012 e saiba como participar.



1
Modelo de financiamento do setor



2
Garantia de acesso e qualidade assistencial



3
Modelo de pagamento a prestadores



4
Assistência farmacêutica



5
Incentivo à concorrência



6
Garantia de acesso à informação



7
Contratos antigos



8
Assistência ao idoso



9
Integração da Saúde Suplementar com o SUS

Passos para contratar um plano de saúde

- 1 Pense** em quem vai contratar o plano de saúde: se for contratado por você ou por alguém da sua família, ele será um plano individual ou familiar. Se for contratado por uma empresa, sindicato ou associação ao qual você ou alguém da família está filiado, o plano de saúde será coletivo. Em alguns casos, as regras são diferentes para cada um desses tipos de contrato.
- 2 Avalie** as necessidades de quem vai usar os serviços do plano de saúde: quantas pessoas são, quais as condições de saúde delas, que idades elas têm, que tipo de atendimentos elas podem precisar, em que locais e de quanto é possível dispor para pagar o plano de saúde por mês.
- 3 Escolha** a segmentação de plano mais adequada às necessidades que você identificou. 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 tiver optado por um plano hospitalar, **analise** se deseja acomodação individual (quarto, pagando um pouco mais e tendo mais privacidade e um horário para visitas mais flexível) ou coletiva (enfermaria, economizando um pouco e ficando no mesmo ambiente que outros pacientes).
- 5 Reflita** se você e seus familiares se deslocam com frequência e onde você quer ser atendido: apenas na sua cidade, no seu estado, em grupos de cidades ou estados, em todo o país ou até fora dele.
- 6 Informe-se** a respeito da rede credenciada do plano. Assim, você saberá com antecedência quais hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde lhe atenderão.
- 7 Esteja ciente** que as faixas de idade e as escolhas acima serão determinantes para definir o preço final do plano de saúde.
- 8 Saiba** que 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 à mensalidade um valor adicional a ser pago por cada atendimento, consulta ou exame realizado naquele período.

9 Você pode **pesquisar e comparar** opções de planos de saúde em www.ans.gov.br. Lá, pode também obter os dados de contato, avaliações da qualidade das empresas que vendem planos de saúde e conhecer o índice de reclamações contra elas, no item *Quer descobrir as melhores operadoras?*

10 **Antes de assinar o contrato**, verifique se a operadora de planos de saúde escolhida e o plano a ser contratado têm registro na ANS. Para isso, consulte www.ans.gov.br ou ligue para o **Disque-ANS: 0800 701 9656**.

Ao contratar o plano de saúde, você deverá ter acesso a:

- Uma cópia do contrato assinado, contendo todas as condições de utilização, como por exemplo, o preço da mensalidade, as formas de reajuste e os atendimentos a que você tem direito;
Atenção: Nos planos de saúde coletivos, a entrega da cópia do contrato não é obrigatória, mas você pode solicitá-la.
- Um manual com a relação de todos os profissionais de saúde, hospitais, clínicas e laboratórios credenciados ou referenciados;
- A carteirinha do plano de saúde, onde devem constar seu nome, nome da empresa que está lhe prestando o serviço, número de registro dessa empresa na ANS e o nome e/ou número do plano de saúde que você comprou;
- O 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; e,
- O 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.

Guarde esses documentos com você!



Temas importantes

A que você tem direito: *Cobertura assistencial*

É o conjunto de procedimentos médicos a que você tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato que você assinou na compra do plano de saúde.

Ao contratar o plano de saúde, você deve observar as segmentações (ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia, odontológico e plano referência), o tipo de acomodação (apartamento ou enfermaria) e a área geográfica de cobertura de seu contrato (municipal, grupo de municípios, estadual, grupo de estados ou nacional).

Como posso saber quais são as coberturas do meu plano de saúde?

- Se seu plano for "novo", ou seja, contratado a partir de 01/01/1999 (vigência da Lei nº 9.656/98), 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 pode oferecer outros procedimentos não listados no Rol.
- Se o seu plano for "adaptado", ou seja, anterior a essa data e adaptado à Lei, você terá a mesma cobertura dos planos "novos".
- Se o seu plano foi contratado antes de 01/01/1999 e não foi adaptado à Lei, a cobertura será a que estiver determinada em seu contrato. A qualquer momento, porém, você pode adaptar ou migrar seu plano e passar a ter a cobertura dos planos "novos".

Atenção: Nos contratos antigos – assinados antes de 01/01/1999, algumas cláusulas são consideradas abusivas e por isso o Poder Judiciário as considera nulas. Se tiver dúvidas, consulte o Ministério Público ou os órgãos de defesa do consumidor.

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

- Não. Nesse 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.

O profissional de saúde de minha confiança e o laboratório onde sempre faço exames foram descredenciados e não atendem mais pelo meu plano de saúde. Isso é possível?

- Sim. 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 desse tipo deve ser informada ao beneficiário.

O hospital onde eu pretendia fazer uma cirurgia foi descredenciado e substituído por outro hospital. Isso é possível?

- Sim. 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.

O hospital onde eu pretendia fazer uma cirurgia foi descredenciado e não atende mais pelo meu plano de saúde. Isso é possível?

- Sim. A operadora de planos de saúde pode excluir uma unidade hospitalar de sua rede prestadora, mas, antes deverá solicitar e obter autorização da ANS. Além disso, qualquer mudança desse tipo deve ser informada ao beneficiário.

Se eu precisar marcar consultas, exames e internações, em quanto tempo devo ser atendido?

- 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, da preferência do beneficiário. A ANS não pode interferir na capacidade de atendimento dos prestadores 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 obstetria – em até 07 dias úteis;
- Consulta nas **demais especialidades** – em até 14 dias úteis;
- **Exame** – laboratórios de análises clínicas em regime ambulatorial – em até 3 dias úteis;
- **Internação** – em até 21 dias úteis;
- **Urgência/Emergência** (determinada pelo médico assistente) – atendimento imediato.

Saiba os prazos máximos para outros serviços em www.ans.gov.br.

Meu médico só tem disponibilidade para consulta daqui a um mês. A empresa que me vendeu o plano será penalizada por isso?

- Depende. Mas é preciso ficar claro que a operadora é obrigada a disponibilizar um profissional (laboratório/hospital), e não o profissional de sua escolha. Portanto, se o profissional de saúde ou estabelecimento (clínica/laboratório/hospital) escolhido por você não puder atendê-lo dentro do prazo estipulado pela ANS, e for seu desejo ser atendido somente por este profissional ou estabelecimento de saúde, você deve aguardar a disponibilidade dele. Caso você abra mão de ser atendido no prestador de saúde de sua escolha, a operadora deverá indicar outro profissional ou estabelecimento de saúde para realizar o atendimento dentro do prazo estipulado pela ANS.



Existe algum limite para o número de consultas ou exames que podem ser feitos?

- 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). As exceções são somente para sessões de psicoterapia, terapia ocupacional, consultas com nutricionistas e fonoaudiólogos, que podem ser limitadas ao mínimo estabelecido pela ANS.

São limitadas as quantidades de dias para internações hospitalares e em UTI?

- Não. A Lei nº 9.656/98 garante aos beneficiários de planos de saúde, com planos contratados a partir de 01/01/1999, a internação sem limite de prazo. Cabe ao seu médico determinar o tempo necessário de internação.

Atenção: Alguns contratos têm previsão de coparticipação (pagamento de uma parte da internação pelo beneficiário) depois de passados 30 dias de internação psiquiátrica em um ano. Isso objetiva evitar internações desnecessárias ou por tempo exagerado de pacientes que podem fazer acompanhamento ambulatorial, de acordo com a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Se eu passar por uma cirurgia, terei que pagar o anestesista e o instrumentador/auxiliar? O plano de saúde deve me reembolsar todo o valor investido?

- A cobrança pelos serviços de anestesia somente é possível nos planos de livre escolha dos prestadores de serviços médicos. Ou seja, empresas sem rede assistencial própria ou contratada. Nestes casos, o beneficiário deverá ser reembolsado pelas despesas na cirurgia, inclusive com os procedimentos de anestesia, nas condições contratadas. Já os planos com rede própria ou contratada, as operadoras devem oferecer serviços de anestesia por meio dos hospitais, próprios ou contratados, ou mesmo de anestesistas credenciados, por ser de cobertura obrigatória. Neste caso, ficam responsáveis pelo pagamento do procedimento diretamente aos prestadores. Não garantir essa cobertura pode configurar infração passível de penalidade.

Meu plano de saúde é obrigado a cobrir todos os atendimentos de que eu precisar?

- Não. O plano só é obrigado a oferecer o que estiver no contrato, de acordo com a segmentação (plano referência, ambulatorial, hospitalar, obstetrícia, odontológica e suas combinações) e a cobertura para os procedimentos previstos na lista da cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde estipulada pela ANS. Esta lista é o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e pode ser acessada em www.ans.gov.br. Se o seu contrato tiver cláusula de cobertura para algum procedimento que não esteja nessa lista, o plano é obrigado a cobri-lo também.

Contratei um plano de saúde, mas quando preciso, só há vaga em médicos e laboratórios muito distantes da minha casa. Isso é permitido?

- 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.

Posso incluir meu filho recém-nascido no meu plano de saúde?

- Se você possui um plano hospitalar com obstetrícia, é assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo, isento dos períodos de carência, desde que a inscrição seja feita no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção. Se o plano não possuir cobertura obstétrica, o seu filho também poderá ser inscrito como dependente, mas precisará cumprir carências até poder ser atendido pelo plano. Para ter este direito assegurado é preciso que um dos responsáveis legais tenha cumprido a carência máxima permitida de 180 dias.

No plano hospitalar com obstetrícia, o filho natural ou adotivo recém-nascido tem cobertura assistencial garantida durante os primeiros 30 dias após o parto, se a carência para internação foi cumprida (180 dias) por um de seus responsáveis legais, independentemente de inscrição no plano.



Quando você já tem problemas de saúde ao contratar o plano: *Doenças ou lesões preexistentes*

São as doenças ou lesões de que você saiba ser portador no momento da contratação do plano de saúde. Se você possuía uma doença ou lesão que já existia antes da contratação, porém não tinha conhecimento, ela não poderá ser considerada como doença ou lesão preexistente (DLP).

Posso ser impedido de contratar um plano de saúde em razão de ser portador de alguma doença ou lesão?

- Não. A Lei n.º 9.656/98 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, porém, somente para procedimentos de alta complexidade, eventos cirúrgicos e leitos de alta tecnologia – UTI, CTI e similares – relacionados à doença declarada.

Ao preencher sua declaração de saúde sempre informe as doenças ou lesões de que saiba ser portador.

Em que momento devo avisar sobre alguma doença ou lesão pre-existente de que eu tenha conhecimento?

- No momento da contratação do seu plano, ao preencher a Declaração de Saúde. Não aceite que ninguém, inclusive o vendedor ou corretor, preencha a sua declaração de saúde com informações que não estejam de acordo com o seu verdadeiro estado de saúde.

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.

E o que é a declaração de saúde?

- É um questionário que você deverá preencher no ato da contratação do plano. Nele você informa as doenças ou lesões de que saiba ser portador (DLP) no momento da contratação do plano de saúde.
- Se você toma medicamentos regularmente, consulta médicos devido a um problema de saúde cujo diagnóstico conheça, se fez qualquer exame

que tenha identificado alguma doença ou lesão, esteve internado ou foi submetido a alguma cirurgia, deve declarar.

Não são permitidas perguntas sobre seus hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos eventuais.

O que faço se eu tiver dúvidas no preenchimento da declaração de saúde?

- Você poderá ser orientado, sem custos, por um médico indicado pela operadora do plano de saúde, ou poderá escolher um profissional não credenciado.
- Se o médico não for credenciado, você deverá arcar com os custos desta orientação.

O que acontece se eu omitir alguma doença ou lesão preexistente na declaração de saúde?

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

Enquanto não houver o resultado do processo administrativo que a operadora de planos de saúde tenha aberto contra o beneficiário na ANS, publicado no Diário Oficial da União, os atendimentos pelo plano de saúde não poderão ser suspensos e nem cancelados.



Se a fraude for confirmada, o que pode acontecer comigo?

- A operadora de plano de saúde poderá suspender o contrato ou rescindi-lo e poderá também cobrar de você ou de seu representante legal os gastos com a doença ou lesão preexistente que estaria sob cobertura parcial temporária.
- Se o contrato prosseguir, mesmo com a fraude, cumpridos os prazos normais de carência (máximo de 180 dias) e de cobertura parcial temporária (24 meses), não pode haver restrição de cobertura.

A empresa que vende o plano pode exigir que eu realize algum exame antes de contratar o plano?

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

Mas o que acontece se eu declarar ser portador de alguma doença ou lesão preexistente?

- A operadora de planos de saúde poderá estabelecer o cumprimento de uma cobertura parcial temporária (CPT) para as doenças e lesões preexistentes por um período de até 24 meses. Essa restrição só poderá ocorrer após ser informada ao consumidor.

A quais coberturas não terei direito quando estiver no período de cobertura parcial temporária (CPT)?

- 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. Portanto, quando não tiverem sua causa relacionada à doença ou lesão preexistente, os procedimentos deverão ser cobertos pelo plano de saúde.

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 empresa que vende o 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.

Meu filho nasceu com uma doença. Ele terá que cumprir cobertura parcial temporária ou pagar agravo?

- Se o plano do pai ou da mãe for hospitalar com obstetrícia, o recém-nascido poderá ser inscrito como dependente até o 30º dia do nascimento sem a necessidade de cumprir períodos de carência, cobertura parcial temporária ou pagar agravo. Se este for inscrito dentro dos 30 dias mas, se o titular (pai ou mãe) ainda estava em período de carência, este filho aproveitará as carências já cumpridas pelo titular (máximo de 180 dias).
- Independentemente de inscrição no plano, o recém-nascido tem assistência por 30 dias dentro da cobertura de um dos representantes legais, se já foi cumprida a carência para internação no plano hospitalar com obstetrícia. Também não poderá haver alegação de doença ou lesão preexistente – o que inclui não exigir o preenchimento de declaração de saúde do recém-nascido.

Meu plano é coletivo. Nesse caso, também preciso cumprir o período de cobertura parcial temporária (CPT)?

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

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.

Após contratar um plano de saúde, quando posso ter cobertura para urgência / emergência?

- A partir de 24 horas da vigência de seu contrato.
- De qualquer forma, devem ser observadas as regras de cobertura para cada tipo de plano: ambulatorial, hospitalar sem e com obstetrícia, plano referência e odontológico.

Como será o atendimento de urgência/emergência se meu plano for hospitalar?

As possibilidades são:

- Urgência por acidente pessoal: atendimento integral;
- Urgência por outras causas com carência para internação cumprida: atendimento integral;
- Urgência por outras causas, com carência para internação não cumprida: limitado às primeiras 12 horas;
- Emergência com carência para internação já cumprida: atendimento integral; e,
- Emergência com carência para internação não cumprida: atendimento limitado às primeiras 12 horas.

Nos casos de internação para o atendimento limitado à 12 horas, se você não puder arcar com os custos do hospital credenciado para além das primeiras 12 horas cobertas, o transporte para um hospital público deverá ser realizado sob responsabilidade da operadora de planos de saúde. Se você ou seu responsável legal optar por internação em hospital privado, a operadora de planos de saúde não terá responsabilidade pelo transporte.

E 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.

Nos casos de internação para o atendimento limitado à 12 horas, se você não puder arcar com os custos do hospital credenciado, o transporte para um hospital público deverá ser realizado sob responsabilidade da operadora de planos de saúde. Se você ou seu responsável legal optarem por internação em um hospital privado, a operadora de plano de saúde não terá a responsabilidade pelo transporte.

Como é o atendimento de urgência/emergência no plano apenas ambulatorial?

- O atendimento é limitado às primeiras 12 horas e em unidade de pronto-atendimento. Se forem necessários procedimentos que exijam internação hospitalar e no mesmo local, esses atendimentos não estarão cobertos pelo plano de saúde. Caso isso aconteça, se você 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 seu transporte para um hospital público que disponha dos recursos necessários à continuidade do tratamento. Nessa situação, se você ou seu responsável legal optarem por internação em um hospital privado, a operadora de planos de saúde não será responsável pelo transporte e você deverá arcar com essa despesa.

No caso de atendimento limitado à 12 horas, se eu não puder ser levado para o SUS por haver algum risco, o que acontece?

- Se o médico assistente determinar, por escrito, a impossibilidade de transferência por questões clínicas, você, 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.

E se eu puder ser transferido, mas preferir ir para outro hospital que não seja do SUS?

- Você 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.

Como é o atendimento de urgência/emergência no meu plano odontológico?

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

E a urgência/emergência no meu plano-referência?

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

Quando é garantido o reembolso de minhas 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 de seu 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 por você.

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 seu atendimento nessas situações.

O local de atendimento credenciado ao plano está proibido de exigir de você cheque-caução ou equivalente.

Aumento de preços: *Reajuste de mensalidades*

Seu plano de saúde pode aumentar de preço em dois momentos:

1. quando você completar uma idade que ultrapasse o limite da faixa etária na qual se encontrava antes, conhecido como "reajuste por mudança de faixa etária"; e,
2. anualmente, na data de aniversário do contrato, conhecido como "reajuste anual de variação de custos".

Esteja atento a essas informações. Assim, você saberá quando haverá aumento de preços.

Sendo o meu plano coletivo – contratado por uma empresa, sindicato ou associação ao qual sou vinculado – quais são os tipos de reajuste?

- São também dois tipos: por mudança de faixa etária e por variação de custos (reajuste anual).
- 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.

O que é 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.

Como acontece o reajuste por variação de custos se eu tiver contratado o plano antes de 01/01/1999 (antes da vigência da Lei nº 9.656/98)?

- O reajuste por variação de custos deve obedecer ao previsto em seu contrato. Se não houver previsão de índice para o aumento ou se ele não estiver descrito de forma clara, esse reajuste deverá se limitar ao percentual

máximo divulgado pela ANS para o período. Excetuam-se a esta regra as operadoras que celebraram Termos de Compromisso junto a ANS e que, a cada ano, recebem autorizações para aplicação de reajuste em índice diferenciado, aprovado pela ANS.

Quais são as regras de reajuste para planos exclusivamente odontológicos?

- Se seu 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 em seu contrato.
- O índice de reajuste do plano individual tem que ser um índice de preços divulgado por instituição externa (IGPM, por exemplo).

O que é reajuste por mudança de faixa etária?

- É o aumento de preço que ocorre quando você completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que você 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.
- A Lei nº 9.656/1998 estabelece que as faixas a serem adotadas para o reajuste devem estar claramente dispostas nos contratos. A definição de quais seriam essas faixas variou ao longo do tempo, sendo que para planos contratados entre 02/01/1999 e 31/12/2003 as faixas eram regidas pela Resolução CONSU nº 06/1998 e a partir de 01/01/2004 até a presente data são regidas pela RN nº 63/2003.

Se o percentual de reajuste não constar expressamente em seu contrato, a operadora de planos de saúde não poderá aplicar esse aumento.

Quais são as faixas etárias previstas na legislação?

Se seu plano foi contratado a partir de 01/01/04, são 10 faixas:

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; e
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.

Por que existem faixas etárias diferenciadas, antes de 01/01/2004 e a partir dessa data?

- Porque nessa data entrou em vigor o Estatuto do Idoso, que 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.

Como é feito o reajuste por mudança de faixa etária sendo o meu plano anterior à Lei nº 9.656/98 (contratado antes de 01/01/1999)?

- Nesse caso, o seu 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.

¹ Requisitos detalhados na Súmula Normativa nº 03/2001.

Fim do contrato do plano de saúde: *Rescisão*

Nenhuma pessoa pode ser excluída do plano por causa da idade ou de sua condição de saúde. Ela só pode ser excluída em caso de fraude comprovada no preenchimento da declaração de saúde ou no caso de não pagamento das mensalidades por mais de 60 dias (consecutivos ou não) desde que seja comunicado até o 50º de inadimplência nos últimos 12 meses.

A empresa que vendeu o plano pode romper ou rescindir o plano coletivo da minha empresa?

- As condições de rescisão devem constar do contrato do plano de saúde.
- Nos planos coletivos, as regras para a rescisão ou a suspensão do contrato são negociadas entre a pessoa jurídica contratante do plano (por exemplo, empresa, sindicato, associação) e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.
- A rescisão do contrato sem motivo, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte interessada com antecedência mínima de 60 dias.

Posso permanecer no plano coletivo depois de ser demitido ou me aposentar?

- Sim. Desde que você:
 - Tenha contribuído para o pagamento de plano de saúde enquanto esteve empregado;
 - Não tenha sido admitido em novo emprego;
 - Assuma integralmente a mensalidade após o desligamento; e,
 - Tenha sido demitido ou exonerado sem justa causa.

A manutenção do plano se estende também aos dependentes?

- Sim. A pessoa demitida ou aposentada tem o direito de manter a condição de beneficiária individualmente ou com seu grupo familiar. Também é possível a inclusão de novo cônjuge e filhos.

Para mais detalhes consulte a central de atendimento em www.ans.gov.br.

Trocar de plano de saúde sem cumprir carência: *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. Saiba aqui como e quando isso pode acontecer.

O que é 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, você deverá estar no seu plano de saúde há pelo menos 2 anos ou 3 anos, no caso do cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT). Você 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 seu plano.
- Em ambos os casos, você poderá fazer a portabilidade em até 4 meses a partir do mês de aniversário do contrato. Caso não a utilize nesse período, poderá fazê-lo somente no ano seguinte, também em até 4 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.

O que é 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; e 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 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; e, são exigidos adimplência (pagamento sem atrasos), tipo compatível de plano e faixa de preços igual ou inferior.

O que é migração de contrato de plano de saúde?

- É a assinatura de um novo contrato de plano de saúde ou o ingresso em um contrato de plano de saúde coletivo por adesão, na mesma operadora, em planos de saúde com registro na ANS na situação "ativo", ao mesmo tempo em que ocorre a extinção do vínculo ou do contrato até 01/01/1999.

O que é 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 01/01/1999, 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 9.656/98.

Eu posso mudar para 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, **www.ans.gov.br**, um aplicativo para você definir as suas necessidades, identificar planos de saúde compatíveis com o seu plano, escolher a melhor opção e obter o relatório de compatibilidade, documento necessário para fazer a troca de planos. 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.



O que acontece se eu exercer a portabilidade especial, mas ainda não tiver cumprido todas as carências no meu plano de saúde de origem?

- Nesse caso, você poderá fazer a troca do plano de saúde na portabilidade especial, porém deverá continuar a aguardar para ser atendido no novo plano o 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 2 anos ou 3 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.

Ao trocar de plano de saúde sem cumprir carência no novo plano, seja por portabilidade, portabilidade especial, ou migração, é possível ter que pagar preços superiores aos normalmente comercializados pela empresa que vende o plano ou alguma taxa extra?

- Não. Não poderá haver taxas específicas e nem discriminação de preços de planos em virtude da utilização dessas regras, ou seja, não é permitida a cobrança de quaisquer acréscimos diversos das condições normais de comercialização de um plano de saúde.

É proibido cobrar custas adicionais em função da utilização dessas regras.

Posso solicitar a portabilidade a qualquer momento?

- Não. A portabilidade só poderá ser exercida em um período de 4 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.

Preciso sair do meu atual plano de saúde para pedir a portabilidade de carências?

- Não. Você não precisa e nem pode sair do seu 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 que você autorize a operadora do plano de destino a 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 pro-rata ou devolução dos valores pagos à maior, conforme o caso.

E se a operadora do plano de destino recusar minha proposta de adesão por meio da portabilidade?

- Sua proposta de adesão só pode ser recusada se não atender os requisitos estabelecidos na norma da ANS. Se esse for o caso, você continuará a ser atendido normalmente no seu plano de saúde de origem e terá direito à devolução dos valores eventualmente adiantados.
- Mesmo que sua proposta de adesão seja aceita, o contrato do plano de saúde de origem só pode ser encerrado quando o de destino entrar em vigor.



Confira os requisitos e o passo a passo para trocar de

Mecanismo para trocar de plano

Requisitos

Portabilidade Comum

1. Ser beneficiário de plano contratado a partir de 02/01/99 e estar vinculado ao plano há pelo menos 2 anos ou 3 anos em caso de cumprimento de cobertura parcial temporária;
2. Estar em dia com a mensalidade do plano de origem e apresentar cópia dos 3 últimos boletos vencidos.
3. O plano de destino ser compatível com o plano de origem (consultar www.ans.gov.br);
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 4 meses, que vai do primeiro dia do mês de aniversário do contrato até o último dia útil do terceiro mês subsequente; e,
6. Não considerar como plano de destino planos que estejam cancelados ou com comercialização suspensa.

plano de saúde sem cumprir carência no plano novo:

Passo a Passo

1. Verifique nos requisitos (ao lado) se você tem direito à portabilidade de carências;
2. Consulte www.ans.gov.br para identificar planos de saúde compatíveis com o seu para fins de portabilidade de carências. Ao final da consulta, imprima o relatório de planos em tipo compatível;
3. Dirija-se à operadora do plano de saúde escolhido levando com você o relatório de planos em tipo compatível e solicite a proposta de adesão;
4. Apresente os documentos² necessários na data da assinatura da proposta de adesão;
5. Aguarde 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 você faça novo contato para confirmar com a operadora e solicitar a carteirinha 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; e,
7. Ao final, entre 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.

² Apresentar cópia dos comprovantes de pagamento dos 3 últimos boletos vencidos e de um documento que comprove a permanência por pelo menos 2 anos no plano de origem ou por pelo menos 3 anos, caso tenha cumprido a cobertura parcial temporária (CPT) ou nos casos de doenças e lesões preexistentes, ou por pelo menos 1 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.

Portabilidade Especial

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 3 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 4 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 www.ans.gov.br);
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 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; e,
6. Não considerar como plano de destino os planos que estejam cancelados ou com comercialização suspensa.

Passo a Passo

1. Verifique nos requisitos (ao lado) se você tem direito à portabilidade especial de carências;
2. Consulte www.ans.gov.br para identificar planos de saúde compatíveis com o seu para fins de portabilidade especial de carências. Ao final da consulta, imprima o relatório de planos em tipo compatível;
3. Dirija-se à operadora do plano de saúde escolhido levando com você o relatório de planos em tipo compatível e solicite a proposta de adesão;
4. Apresente os documentos necessários³ na data da assinatura da proposta de adesão;
5. Aguarde 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 você faça novo contato para confirmar com a operadora e solicitar a carteirinha 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; e,
7. Ao final, entre 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.

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 6 meses estabelecido caso a caso por Resolução Operacional específica; cópia de um documento que comprove a permanência por pelo menos 2 anos no plano de origem ou por pelo menos 3 anos, caso tenha cumprido a cobertura parcial temporária (CPT) ou nos casos de doenças e lesões preexistentes, ou por pelo menos 1 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.

Mecanismo para trocar de plano

Requisitos

Migração

1. Ser beneficiário de plano individual ou familiar ou coletivo por adesão contratado antes de 01/01/1999 não adaptado à Lei nº 9.656/98;
2. O plano de destino ser compatível com o plano de origem (consultar www.ans.gov.br); e,
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).

Adaptação

1. Ser beneficiário de plano individual ou familiar ou coletivo por adesão contratado antes de 01/01/1999 não adaptado à Lei nº 9.656/98.



Passo a Passo

1. Verifique se você tem direito à migração;
2. Consulte www.ans.gov.br para identificar planos de saúde compatíveis com o seu para fins de migração;
3. Dirija-se à operadora levando com você o relatório de planos em tipo compatível (que pode ser impresso ao final da consulta em www.ans.gov.br). Solicite a proposta de migração; e,
4. A proposta de migração deverá indicar que o contrato do plano de destino entra em vigor na data da sua assinatura.

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



Ingresso em Planos Coletivos:

Ingresso

Requisitos

Plano Coletivo Empresarial

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

Plano Coletivo por Adesão

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



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

Passo a Passo

1. Ingressar em plano coletivo empresarial com mais de 30 beneficiários; e,
2. Ingressar no plano coletivo empresarial em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

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



Entenda melhor os termos mais usados quando o assunto é plano de saúde:

Abrangência geográfica

Avalie bem se você precisa de um plano de saúde que atenda apenas em seu município ou se você precisa de atendimento em outros municípios, no seu estado, em outros estados, no Brasil ou em âmbito internacional. A área geográfica onde você poderá ser atendido por seu plano deve estar expressa de forma clara no contrato do plano de saúde.

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 6 vezes o valor estabelecido para a primeira faixa.

Operadoras de Planos de Saúde

As operadoras são empresas que vendem planos de saúde. Para sua segurança, verifique se a operadora escolhida e o plano a ser contratado têm registro na ANS. Para isso, consulte www.ans.gov.br ou ligue para o **Disque-ANS: 0800 701 9656**.

Pagamento das mensalidades

Verifique a data de vencimento de sua mensalidade e evite 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 seu contrato, desde que você seja comunicado até o 50º dia de atraso do pagamento da mensalidade.

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

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, com ou sem seus respectivos grupos familiares (Resolução Normativa nº 195).

Prazos de carência

Carência é o período em que você 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) e até 180 dias para consultas, exames, internações e cirurgias.

Se a operadora que vender o plano de saúde oferecer redução nos prazos de carência, exija esse compromisso por escrito.

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).

Na hora de contratar um plano desconfie das vantagens exageradas ou de preços muito baixos.

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.

Verifique se a rede credenciada oferecida atende às suas necessidades, identificando quais hospitais estarão à sua disposição, bem como a localização de cada um.

Tipos de plano

Observe se o plano escolhido atende às suas necessidade de cobertura.

Plano referência: Plano obrigatoriamente oferecido pelas empresas que vendem planos de saúde. Garante assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica, com acomodação em enfermaria, no território brasileiro.

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 sem obstetria: Inclui os atendimentos e procedimentos realizados durante a internação hospitalar, inclusive as cirurgias odontológicas buco-maxilares. Esse plano não oferece cobertura ambulatorial, ou seja, não dá direito a consultas, exames, tratamentos e outros procedimentos feitos sem internação em hospital.

Plano hospitalar com obstetria: Além do que está incluído no plano sem obstetria, o plano com obstetria inclui pré-natal, parto e pós-parto. 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 elas tenham sido cumpridas

anteriormente pelo titular do plano.

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, como por exemplo: plano ambulatorial; plano hospitalar; plano ambulatorial + hospitalar com obstetria; plano ambulatorial + hospitalar + odontológico e com obstetria; entre outros. Caberá a você escolher o que for mais adequado a suas 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, registrar denúncias de desrespeito às leis do setor ou registrar denúncia de desrespeito ao contrato assinado entre a operadora de plano de saúde e o beneficiário.
- Fazer reclamações, críticas, denúncias, solicitações, sugestões e elogios relacionados à atuação da ANS.

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

Atenção:

Para conhecer o endereço e o telefone do Núcleo da ANS mais perto de você, ligue para o Disque-ANS ou consulte a relação divulgada no sítio eletrônico.

Núcleos da ANS



Ministério da
Saúde



Av. Augusto Severo, 84 - Glória
Rio de Janeiro-RJ 20021-040

www.ans.gov.br
Disque-ANS: 0800 7019656