



MANUAL DE ORIENTAÇÃO

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Diferenças entre individuais e coletivos:

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da Operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial), associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde:

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carências nos prazos máximos estabelecidos pela Lei: nº9656/1998: 24 h para urgência e emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximo estabelecidos pela lei.
		Coletivo por adesão	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado a pessoa jurídica contratante após os 30 dias de celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento da doença ou lesão preexistente (DLP) conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de orientação ao beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é suspensão, por até meses, das coberturas de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente a DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado a operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados à DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo-na forma prevista pela RN 162/2007.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.
		Coletivo por adesão	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.	
MECANISMO DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contrato possui co - participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constatar no contato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.		
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN 63/2003.	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário no plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN 63/2003.	

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	<p>Alterações na rede de prestadores de serviços devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões.</p> <p>No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários.</p> <p>Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestadora hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.</p>	
VIGÊNCIA	<p>A vigência mínima de contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.</p>	<p>A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.</p>
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	<p>Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude, e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivo ou não nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.</p>	<p>Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora do plano de saúde.</p> <p>É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.</p> <p>A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.</p> <p>Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.</p>

Perda de condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênera, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais.

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto a empresa, órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção vinculado e contribuindo para o plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregados ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência a qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermeira. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº9656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional ou em planos coletivos empresariais é adicional e depende da contratação específica.

Abrangência geográfica

Apointa para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação da Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque – ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO

O Manual de Orientação para contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 1954/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



**Ministério
da Saúde**



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 Glória – CEP: 20021-040
Rio de Janeiro – RJ

Disque – ANS: 0800-701-9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br



MISSÃO: Excelência na prestação de cuidados na área da saúde, utilizando modernas tecnologias, procurando responder às necessidades dos clientes e dos colaboradores, com humanização e respeito.

VISÃO: Ser referência no ramo de atuação, tornando o serviço acessível a todas as classes econômicas, buscando aprimoramento contínuo e inovação.

VALORES: Ética, Transparência, Comprometimento e Competência.