

**PLANOS
DE SAÚDE**

?

**Perguntas
e Respostas**

CONTRATAÇÃO DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1. Como se classificam os planos de saúde?

Dependendo da época da contratação, o plano de saúde pode ser classificado como **não regulamentado**, **regulamentado** ou **adaptado**.

Quanto ao **tipo de contratação**, os planos se dividem em: **individual ou familiar**, **coletivo empresarial** e **coletivo por adesão**.

Em relação à **segmentação assistencial**, os planos podem ser: **ambulatorial**, **hospitalar**, **com ou sem obstetrícia**, **referência e odontológicos**.

No que tange à **abrangência geográfica**, os planos são considerados como: **nacional**, **grupo de estados**, **estadual**, **grupo de municípios** e **municipal**.

No que se refere à **acomodação**, o atendimento pode ser em enfermaria (acomodação coletiva) ou em apartamento (acomodação individual).

2. O que são planos regulamentados?

São os contratos firmados sob a égide da Lei Federal nº 9.656/98, ou seja, a partir de **1º de janeiro de 1999**.

3. O que são planos de saúde individuais ou familiares?

Planos de saúde individuais ou familiares são aqueles contratados por pessoas naturais, com ou sem grupo familiar (beneficiário titular e dependentes).

- A extinção do vínculo do titular do plano não extingue o

contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos, o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

4. Como a segmentação assistencial pode interferir no tipo de atendimento?

Ao contratar um plano de saúde, o consumidor deve ficar atento ao tipo de atendimento que procura.

Plano ambulatorial: prevê cobertura somente para consultas, exames e terapias.

Plano hospitalar sem obstetrícia: a cobertura é apenas para internação sem cobertura para parto.

Plano hospitalar com obstetrícia: possui cobertura para internação e para o parto.

Plano ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia: a cobertura compreenderá consultas, exames, terapias e internação.

Plano ambulatorial + hospitalar com obstetrícia: a cobertura compreenderá consultas, exames, terapias e internação e parto.

Plano referência: cobertura para consultas, exames, terapias, internação, parto e cobertura total após 24 horas da adesão ao plano acomodação em enfermaria.

5. O que é abrangência geográfica?

É a área de atuação do plano, ou seja, o local onde a operadora deverá garantir os serviços contratados:

Abrangência geográfica do Contrato	Área de Atuação do Plano (Local de Atendimento)
Plano nacional	Em todo o território nacional
Plano grupo de estados	Em alguns estados
Plano estadual	Em um único estado
Plano grupo de municípios	Em alguns municípios de um ou mais estados
Plano municipal	Em um único município

6. Qual é a cobertura dos contratos de plano de saúde?

A cobertura obrigatória que os planos de saúde regulamentados ou adaptados devem oferecer está prevista numa listagem editada e periodicamente atualizada pela ANS, denominada de Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

7. Qual a rede assistencial do plano de saúde?

Cada plano de saúde possui a sua rede de prestadores (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde). Todas as operadoras são obrigadas a divulgar e manter atualizadas as suas redes de prestadores em seus sites na internet.

A rede de prestadores poderá sofrer mudanças, mas as operadoras têm obrigação de comunicar essas mudanças no seu site.

CARÊNCIA

8. O que é carência?

Carência é o período que deverá ser cumprido pelo beneficiário, após a celebração do plano de saúde, para ter direito ao acesso às coberturas contratadas.

As regras de carência variam de acordo com o tipo de contratação do plano:

Tipo de Contratação	Regra
Individual ou Familiar	Poderá conter cláusula com exigência de cumprimento de prazos máximos de carência.

9. Quais são os prazos máximos de carência?

Os prazos máximos de carência estipulados em lei são:

Cobertura	Prazo máximo de carência
Urgências e Emergências	24 horas
Demais Coberturas	180 dias
Parto a termo	300 dias

LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES

10. O que é declaração de saúde?

A declaração de saúde é um formulário disponibilizado pela

operadora, parte integrante do contrato de plano de saúde, no qual o beneficiário ou seu representante legal deve consignar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação.

Desta forma, se o beneficiário toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problemas de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, deverá declarar esta doença ou lesão.

11. O que são doenças e lesões preexistentes?

Lesões ou doenças preexistentes são as patologias que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador à época da contratação do plano de saúde.

O beneficiário deverá informar à operadora de plano de saúde, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude.

No período ininterrupto de 24 meses, a partir da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, será possível a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal. Esse período denomina-se de Cobertura Parcial Temporária – CPT.

Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação

contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

As regras de preexistência variam de acordo com o tipo de contratação do plano:

Tipo de Contratação	Regra
Individual ou Familiar	Poderá conter cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes. Prazo máximo de 24 meses

12. O que pode acontecer se o beneficiário não declarar uma doença ou lesão preexistente?

Se o beneficiário deliberadamente omitir na declaração de saúde, doença ou lesão preexistente à contratação do plano pode se caracterizar fraude contratual, referente à omissão do conhecimento prévio da doença ou lesão, sujeitando-se à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, após a abertura pela operadora de procedimento administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

COBERTURA ASSISTENCIAL DO PARTO

13. Como se dá a cobertura do parto pelo plano de saúde?

Para ter direito à cobertura do parto a termo pelo plano de saúde, a parturiente tem que ser beneficiária (titular ou dependente) de plano privado de assistência à saúde com segmentação hospitalar com obstetrícia ou referência e ter cumprido o prazo de carência de 300 (trezentos) dias.

A contratação de plano de segmentação com obstetrícia pelo beneficiário-pai não garante a cobertura do parto, caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, e não tenha cumprido a carência para parto.

14. Como se dá a cobertura do atendimento de urgência relacionada a parto, decorrente de complicação no processo gestacional?

Dependendo do período de carência já cumprido, a cobertura observará as seguintes particularidades:

1. **Caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta dias)**, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e
2. **Caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência de 180 (cento e oitenta dias)**:
 - a. Deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas, excetuando-se o plano referência, cuja cobertura é integral;
 - b. Persistindo a necessidade de internação ou havendo a necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cesará;
 - c. Uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará a cargo da operadora;
 - d. Em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços e a beneficiária.

INSCRIÇÃO DE RECÉM-NASCIDO

15. Quando o recém-nascido pode ser inscrito no plano de saúde sem necessidade de cumprimento de prazo de carência?

O recém nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário(a) de plano de saúde, com segmentação **COM OBSTETRÍCIA** (ou plano referência) pode ser inscrito no plano de saúde, em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, independentemente do beneficiário ser o PAI ou a MÃE.

O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser inscrito no plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela ou guarda.

16. Para que haja a inscrição do recém-nascido no plano é necessário que o parto tenha sido coberto pelo plano de saúde?

A inscrição é independente do parto ter sido coberto pelo plano de saúde ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência.

Em planos de segmentação hospitalar com obstetrícia, a inscrição de recém-nascido em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela operadora, observa as seguintes regras:

- a. caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou
- b. caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de

180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

17. O recém-nascido está sujeito ao cumprimento de cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes?

Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando dependente for inscrito nos primeiros trinta dias a contar:

- a. Do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural do beneficiário, pai ou mãe, do plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia;
- b. Da guarda, ou tutela ou adoção, no caso de recém-nascido de responsável legal beneficiário de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia;
- c. Na hipótese de menor de 12 anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade, independentemente do tipo de segmentação contratada.

Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 dias, pode ocorrer arguição de doença ou lesão preexistente, bem como a imposição de cobertura parcial temporária.

PRAZOS MÁXIMOS DE ATENDIMENTO

18. Qual o prazo para garantir o atendimento assistencial?

A operadora deverá garantir o acesso dos beneficiários aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, no município onde o beneficiário demandar o

atendimento, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto, nos seguintes prazos:

Procedimento	Prazodias úteis
Consultas básicas (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia)	7 dias
Consultas nas demais especialidades médicas	14 dias
Consulta / sessão com fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta	10 dias
Consulta e procedimentos realizados em consultório / clínica com cirurgião dentista	7 dias
Serviços de diagnóstico por laboratórios e análises clínicas em regime ambulatorial	3 dias
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 dias
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 dias
Atendimento em regime de hospital-dia	10 dias
Atendimento em regime de internação eletiva	21 dias

19. Existe alguma norma estabelecendo o prazo de consulta de retorno?

O prazo de consulta de retorno fica a critério do profissional responsável pelo atendimento.

REMOÇÃO

20. Estando o beneficiário DENTRO da área de atuação do plano contratado, quando as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem garantir a remoção de seus pacientes?

A remoção é obrigatória para os planos de saúde **com segmentação hospitalar**, para os beneficiários **que já tenham cumprido o período de carência**, nas seguintes situações:

- a) De hospital ou serviço de pronto atendimento vinculado ao SUS para hospital da rede credenciada da operadora;
- b) De hospital ou serviço de pronto atendimento não credenciado para hospital da rede credenciada da operadora;
- c) De hospital ou serviço de pronto atendimento credenciado para outro hospital da rede credenciada da operadora, **apenas** quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade da atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem.

21. Estando o beneficiário FORA da área de atuação do plano contratado, quando as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem garantir a remoção de seus pacientes?

Apenas na hipótese de hospital ou serviço de pronto atendimento público ou privado **NÃO** credenciado para hospital da **REDE CREDENCIADA** apto a realizar o devido atendimento, nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido **DENTRO DA ÁREA DE ATUAÇÃO** do plano e na indisponibilidade ou inexistência de prestador.

22. Em que situações não é obrigatória a remoção de beneficiários?

De local público ou privado que **NÃO** seja unidade hospitalar ou pronto atendimento, ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestadores.

De hospital ou pronto atendimento credenciado para hospital **NÃO** credenciado.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

23. O que são mecanismos de regulação?

São práticas de gerenciamento das ações visando à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde. Esses mecanismos tanto poderão ser utilizados através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais.

24. Quais mecanismos de regulação financeira podem ser utilizados pelas operadoras?

Franquia – valor estabelecido no contrato de plano de saúde, que a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada.

Coparticipação – a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano privado de assistência à saúde referente à realização do procedimento.

25. Nos casos de internação, é possível a cobrança de coparticipação em forma de percentual?

Não. No caso de internações, a operadora só pode estabelecer como fator moderador valores prefixados que não poderão sofrer indexação por procedimento ou patologia. Apenas as internações da saúde mental podem prever a cobrança de fatores moderadores em forma de percentual.

REAJUSTE

26. Quando os contratos de plano de saúde podem sofrer reajuste?

A lei prevê dois tipos de reajuste para os contratos de planos privados de assistência à saúde: **reajuste anual** e o **reajuste por faixa etária**.

27. Quais são as regras para aplicação do reajuste anual?

As regras de reajuste anual variam de acordo com o tipo de plano contratado:

Planos individuais / familiares: O percentual máximo de reajuste é definido anualmente pela ANS.

COBERTURA DE ATENDIMENTO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

28. Quais são as regras para cobertura assistencial no caso de procedimentos de urgência e emergência?

A cobertura dos procedimentos de emergência¹ e urgência² que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido de preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura a qual o contrato esteja adscrito.

PLANO AMBULATORIAL	Deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.	
	Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.	
PLANO HOSPITALAR	Devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta.	
	O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato	
	Atendimento de emergência efetuado no decorrer dos períodos de carência	Deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.
		Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.

Em caso de necessidade de assistência médica e hospitalar decorrente

da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica, porém ainda cumprindo período de carência – a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento limitado as 12 primeiras horas ou até que surja a necessidade de internação.

O plano referência deverá garantir a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência. Nos casos que houver cobertura parcial temporária para doenças ou lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para os planos ambulatoriais.

29. Nos casos de urgência e emergência em que o beneficiário esteja em carência, como deve a operadora proceder?

A operadora deverá garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial.

Quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus.

Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

Na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

