

Primeira edição

Guia do Consumidor de Planos de Saúde Coletivos



Temas

A

- 04 Administradoras de Benefícios
- 10 Aposentados
- 16 Atrasos de Pagamento e Inadimplência

B

- 18 Boletos

C

- 20 Carências e Cobertura Parcial Temporária (CPT)
- 26 Coberturas (procedimentos médicos)
- 32 Contratação
- 38 Coparticipação e Franquia

D

- 40 Demitidos
- 46 Doenças e Lesões Preexistentes

E

- 50 Estagiários, Contratados Temporários e Menores Aprendizizes
- 52 Exclusão e Rescisão de Contrato

F

- 56 Falso Coletivo
- 58 Fiscalização

I

- 60 Inclusão
- 64 Internação Domiciliar (*Home Care*)

M

- 66 Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e Guia de Leitura Contratual
- 68 Medicamento

N

- 70 Negativa de Atendimento

P

- 72 Perda do Benefício de Plano de Saúde Coletivo
- 74 Portabilidade ou Alteração de Plano
- 80 Prazos de Atendimento
- 82 Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças

R

- 90 Reajuste
- 94 Rede Credenciada ou Referenciada

U

- 96 Urgência e Emergência

Introdução

Os planos de saúde coletivos, que têm mais de 60 anos de existência no Brasil, representam, atualmente, o principal acesso da população à assistência médico-hospitalar privada. Do total de 50 milhões de consumidores que possuem planos de saúde contratados no País, cerca de 39 milhões são vinculados a planos de saúde coletivos.

A história dos planos de saúde coletivos começa na década de 50, com o crescimento acelerado da indústria – a automobilística principalmente – e o consequente aumento da população urbana. A oferta de trabalho e a perspectiva de melhores condições de vida atraíram as famílias de trabalhadores rurais para a cidade, mas o serviço público de saúde era insuficiente para atender a essa demanda. Os planos de saúde coletivos foram, então, a solução adotada pelas empresas para assegurar assistência médica a seus empregados e familiares.

Reconhecidos como um dos benefícios não financeiros mais importantes para os trabalhadores, os planos de saúde coletivos empresariais foram, aos poucos, disseminando-se e tornaram-se cláusula quase obrigatória das negociações trabalhistas. A fórmula deu tão certo que, em meados da década de 70, inspirados nessa experiência, surgiram os planos de saúde individuais e familiares.

Os tipos de contratação de planos de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão foram definidos pela Lei 9.656, de 1998, que estabeleceu o papel da saúde suplementar no País. Dois anos depois, a Lei nº 9.961 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com a finalidade institucional de regular a atividade das diferentes modalidades organizacionais que atuam nesse setor – Medicinas e Odontologias de grupo, Cooperativas Médicas e Odontológicas, Autogestões, Entidades Filantrópicas, Seguradoras especializadas em saúde e Administradoras de Benefícios.

Em 2009, em um novo avanço no desenvolvimento da saúde suplementar, a ANS publicou duas importantes Resoluções Normativas (RN):

✓ RN ANS 195 regulamentou os tipos de contratação de planos de saúde. Merecem destaque os planos de saúde coletivos por adesão, criados para atender a pessoas que mantêm vínculo com organizações de caráter profissional, classista ou setorial. Graças aos coletivos por adesão, profissionais liberais, trabalhadores autônomos e servidores públicos, entre outras categorias, passaram a ter acesso à assistência médico-hospitalar privada de qualidade;

✓ RN ANS 196 regulamentou a atividade das Administradoras de Benefícios. Responsáveis por defender os interesses dos consumidores de planos de saúde coletivos, elas propõem a contratação de plano de saúde coletivo na condição de estipulantes ou prestadoras de serviços, dando apoio técnico a diversas áreas, tais como as de recursos humanos ou gestão de benefícios.

Registradas na ANS, dotadas de adequada infraestrutura e de um enorme conhecimento técnico relacionado à legislação de saúde suplementar, as Administradoras de Benefícios ampliam ainda mais o poder de negociação e de gestão das entidades representativas, órgãos públicos ou empresas que as procuram, para atuar como estipulantes ou prestadoras de serviço, quando desejam oferecer um plano de saúde coletivo à população a eles vinculada, constituída por milhões de consumidores.

A Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB) foi constituída em 2010 com a missão de representar as empresas desta modalidade e promover o desenvolvimento dos planos de saúde coletivos.

Com a elaboração deste guia, a ANAB pretende contribuir para que os consumidores de planos de saúde coletivos conheçam as principais normas que regulamentam o setor, bem como as garantias e vantagens que elas oferecem. A Associação acredita, ainda, que, conscientes de seus direitos e deveres, esses consumidores poderão fazer uso cada vez melhor desse serviço essencial para seu bem estar e sua saúde.

Administradoras de Benefícios



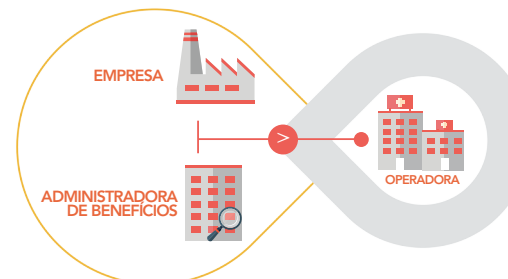
O que são Administradoras de Benefícios?

São pessoas jurídicas, reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que atuam como estipulantes ou prestadoras de serviço de empresas, órgãos públicos ou entidades representativas que desejam contratar um plano de saúde coletivo, auxiliando-os a proporcionar acesso à saúde a população a eles vinculada.

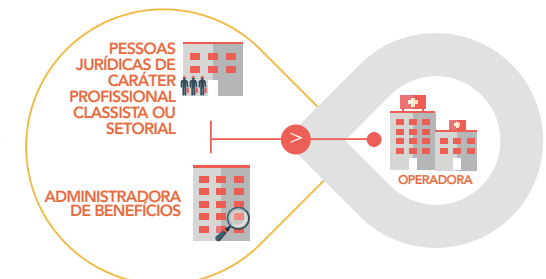
Por serem especializadas em planos de saúde coletivos, as Administradoras de Benefícios ampliam ainda mais o poder de negociação desses contratantes, na medida em que eles passam a ter maior compreensão sobre os direitos garantidos pela legislação que rege o setor, além de poderem contar com o suporte logístico e a infraestrutura de serviços que elas oferecem.

Artigo 2º da RN 196/2009 ANS

Administradora contratada pela empresa
(Plano de Saúde Coletivo Empresarial)



Administradora contratada pela entidade representativa
(Plano de Saúde Coletivo por Adesão)



Neste guia, o que são as chamadas entidades representativas?

São entidades que representam uma determinada população que possua vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, tais como:

- ✓ conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- ✓ sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- ✓ associações profissionais legalmente constituídas;
- ✓ cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- ✓ caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da RN 195/2009;
- ✓ entidades representativas de estudantes, conforme Lei nº 7395/85 e Lei nº 7398/85.

Artigo 9º da RN 195/2009 ANS

As Administradoras de Benefícios podem trabalhar para as Operadoras de Planos de Saúde?

Não. As Administradoras de Benefícios são proibidas pela legislação de atuar como representantes, mandatárias ou prestadoras de serviço de Operadoras de Planos de Saúde.

Além disso, é vedada a participação de Administradora de Benefícios e Operadora de Plano de Saúde pertencentes ao mesmo grupo econômico em uma mesma relação contratual.

Artigo 3º e 9º da RN 196/2009 ANS

Corretor ou Corretora de Seguros exerce a mesma atividade da Administradora de Benefícios?

Não. As atividades das Administradoras de Benefícios são regulamentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. As Administradoras de Benefícios são contratadas por empresas, órgãos públicos ou entidades representativas para atuarem na prestação de serviços administrativos (não assistenciais) e defender seus direitos e interesses, não podendo figurar como representante, mandatária ou prestadora de serviços da Operadora e nem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos de saúde.

Já as atividades do corretor e corretora de seguros, são regulamentadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP. O corretor ou a corretora de seguros atua na comercialização dos planos de saúde, não podendo ser classificados como Administradoras de Benefícios, conforme norma da ANS.

Artigo 6º da RN 196/2009 ANS

Qual a forma de atuação das Administradoras de Benefícios?

As Administradoras de Benefícios podem propor a contratação de plano de saúde coletivo na condição de estipulante, atuando em nome de empresas, órgãos públicos ou entidades representativas, que desejam contratar um plano de saúde coletivo. Podem também prestar serviços relacionados ao benefício, desenvolvendo diversas atividades, tais como:

- ✓ avaliar o perfil dos associados da entidade representativa ou dos funcionários da empresa, identificar o plano mais adequado e sugerir modelo de gestão;
- ✓ verificar os critérios de elegibilidade definidos pela empresa ou entidade representativa;
- ✓ prestar informações acerca dos direitos previstos na legislação de saúde suplementar para consumidores de planos de saúde coletivos;
- ✓ apoiar a área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano;
- ✓ definir com a empresa ou entidade representativa qual a rede de serviços de saúde e a área geográfica de interesse;

- ✓ oferecer serviços de cálculo atuarial para auxiliar a empresa ou entidade representativa na negociação de preço junto à Operadora de Planos de Saúde;
- ✓ controlar prazos de aceitação, devolução e reapresentação de propostas;
- ✓ receber as propostas de adesão;
- ✓ realizar a análise administrativa e documental das propostas;
- ✓ realizar a movimentação cadastral: inclusões, alterações e exclusões, de acordo com as regras previstas na legislação e no contrato;
- ✓ prestar suporte na emissão de boletos e no controle de pagamento das mensalidades;
- ✓ fazer a gestão dos arquivos físico e eletrônico das propostas e da documentação da movimentação cadastral;
- ✓ manter estrutura de ouvidoria e atendimento ao consumidor de plano de saúde coletivo;
- ✓ entregar o cartão de identificação do plano, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, o Guia de Leitura Contratual e a lista da rede de serviços de saúde.

Artigo 2º da RN 196/2009 ANS

Quais as vantagens que as Administradoras de Benefícios oferecem às empresas ou entidades representativas?

As principais vantagens oferecidas pelas Administradoras de Benefícios são a redução de custos referentes à gestão do benefício, a ampliação do poder de negociação em virtude da redução da assimetria de informações entre o contratante (empresas e entidades) e a contratada (Operadora de Planos de Saúde) e o suporte técnico permanente quanto aos direitos e deveres previstos na legislação de saúde suplementar.

Aposentados



Nos planos de saúde coletivos empresariais, quando se aposenta, o empregado pode manter o plano?

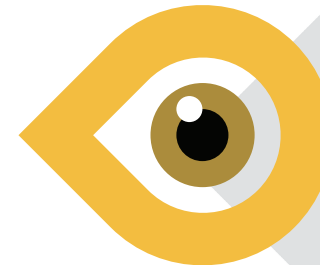
Sim, o titular que contribuiu total ou parcialmente, para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, em decorrência de vínculo empregatício, e se aposenta, terá garantido o direito de manter seu benefício, com as mesmas coberturas assistenciais que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades.

Entretanto, essa hipótese não se aplica planos de saúde coletivos com característica de preço pós-estabelecido na modalidade de custo operacional, uma vez que a participação do empregado se dá apenas no pagamento de coparticipação ou franquia em procedimentos, como fator de moderação, na utilização de serviços de assistência médica.

Artigo 31 da Lei nº 9.656/1998 e §1º do Artigo 6º da RN 279/2011 ANS

Atenção, dica ANAB:

As Administradoras de Benefícios podem dar todo suporte à área de recursos humanos ou de gestão de benefícios da empresa, no cálculo do tempo de contribuição e na orientação quanto aos direitos do aposentado em relação ao plano de saúde.



Como é calculado o tempo de manutenção do plano de saúde coletivo empresarial para o empregado que se aposenta?

Caso o empregado que se aposentou tenha contribuído com o pagamento do plano por, no mínimo, 10 (dez) anos, ele terá o direito a sua manutenção por prazo indeterminado.

Caso a contribuição seja inferior a 10 (dez) anos, a contagem segue a proporcionalidade de 01 (um) por 01 (um), ou seja, a cada 01 (um) ano de contribuição, durante a vigência do contrato de trabalho, o empregado terá direito a 01 (um) ano de manutenção do plano. Em ambos os casos, ele deverá assumir o pagamento integral das mensalidades.

Ainda que o pagamento da contribuição não esteja ocorrendo no momento da aposentadoria, é assegurado ao aposentado os direitos previstos, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.

Artigo 31, § 1º, da Lei nº 9.656/1998 e § 2º do Artigo 6º da RN 279/2011 ANS

Qual prazo o empregado que possui plano de saúde coletivo empresarial e se aposenta tem para optar pela manutenção do plano?

No máximo, 30 (trinta) dias após a comunicação de aposentadoria.

Artigo 10 da RN 279/2011 ANS

A manutenção do plano de saúde, nos casos de aposentadoria, é somente do titular do plano de saúde coletivo empresarial?

Não, a manutenção é extensiva, obrigatoriamente, a todo grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, porém tal obrigatoriedade não impede que o titular queira manter-se sozinho no plano ou com parte de seu grupo familiar.

Artigo 31, § 2º, da Lei nº 9.656/1998 e Artigo 7º da RN 279/2011 ANS

De que forma a empresa poderá manter o benefício do aposentado?

Para manutenção do aposentado como beneficiário do plano de saúde, os empregadores poderão:

- ✓ manter o ex-empregado no mesmo plano de saúde em que se encontrava quando da aposentadoria; ou
- ✓ contratar um plano de saúde exclusivo para seus aposentados, separado do plano dos empregados ativos, mediante a celebração de contrato coletivo empresarial com a mesma Operadora de Planos de Saúde, escolhida para prestar assistência médica a seus empregados ativos, exceto quando se tratar de Autogestão.

Artigo 17 da RN 279/2011 ANS

Como se dará o cálculo do valor a ser pago pelo aposentado?

No ato da contratação do plano de saúde, a Operadora deverá apresentar aos consumidores do plano coletivo o valor correspondente a seu custo por faixa etária, mesmo que seja adotado preço único ou haja financiamento do empregador. Além disso, deverá estar disposto no contrato o critério para a determinação do preço único e da participação do empregador, indicando-se a sua relação com o custo por faixa etária apresentado.

A manutenção da condição de beneficiário no mesmo plano de saúde observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

Dessa forma, o valor da mensalidade a ser paga pelo aposentado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária com as devidas atualizações.

É permitido ao empregador subsidiar o plano de saúde dos aposentados ou promover a participação dos empregados ativos em seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos beneficiários.

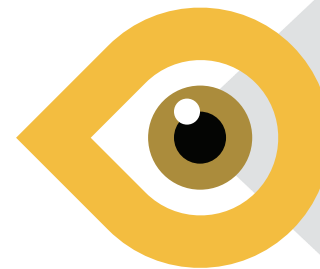
Artigo 15 da RN 279/2011 ANS

Se o aposentado voltar a trabalhar continuará tendo o direito ao benefício?

Não. O direito se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses a seguir:

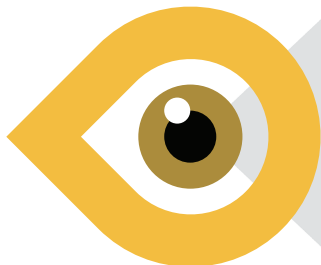
- ✓ término dos prazos calculados em razão do tempo de contribuição;
- ✓ novo vínculo profissional;
- ✓ cancelamento do plano de saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e aposentados.

Artigo 31 da Lei 9656/98 e RN 279/2011 ANS



Atenção, dica ANAB:

Caso o aposentado volte a trabalhar e perca o benefício de manter-se no plano de saúde coletivo empresarial, mas possua vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com uma entidade representativa, poderá buscar informações junto à esta para verificar a possibilidade de aderir a um plano de saúde coletivo por adesão.



Atenção, dica ANAB:

As Administradoras de Benefícios podem auxiliar a empresa na gestão do plano exclusivo para os aposentados.

Atrasos de Pagamento e Inadimplência

O que acontece se o consumidor atrasar o pagamento da mensalidade do plano de saúde coletivo por adesão?

Nos planos de saúde coletivos por adesão, o contrato deve, obrigatoriamente, incluir, de maneira clara e objetiva, as regras a serem aplicadas em caso de atraso de pagamento, bem como suas condições e prazos. É importante observar o prazo máximo de atraso no pagamento da mensalidade, pois, no contrato coletivo firmado entre a entidade representativa e a Operadora de Plano de Saúde, com ou sem a participação de uma Administradora de Benefícios, pode existir a previsão de suspensão da cobertura assistencial, pagamento de multa compensatória, ou até, mesmo rescisão contratual por atraso de pagamento em prazo inferior a 60 (sessenta) dias.

Artigo 15 da RN 195/2009 ANS

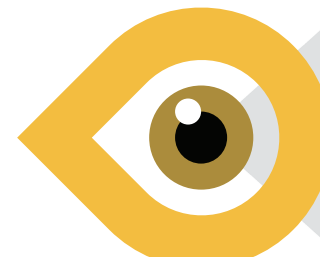
Nos planos de saúde coletivos quem se responsabiliza pela inadimplência?

Quando a Administradora de Benefícios atua na condição de estipulante do plano de saúde coletivo, deve assumir o risco decorrente da inadimplência da empresa ou entidade, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto junto à ANS.

Artigo 5º da RN 196/2009 ANS

Atenção, dica ANAB:

Mantenha em dia o pagamento da mensalidade do plano de saúde. Caso decida cancelar seu plano, é importante observar os prazos e comunicar a entidade representativa ou a Administradora de Benefícios.



Boletos

O que o consumidor deve fazer caso não receba o boleto para pagar a mensalidade?

Se a contratação do plano de saúde coletivo se deu com a Administradora de Benefícios na condição de estipulante, em nome da empresa, do órgão público ou da entidade representativa, o consumidor deve entrar em contato com a Administradora de Benefícios diretamente, podendo acessar seu site ou seus diversos canais de atendimento para solicitar a segunda via do boleto.

Atenção, dica ANAB:

Verifique com sua Administradora de Benefícios se o pagamento das mensalidades do plano de saúde pode ser feito mediante débito em conta corrente, pois isso pode facilitar o agendamento do pagamento e evitar esquecimentos.

Carências e Cobertura Parcial Temporária (CPT)

O que é carência?

Carência é o espaço de tempo que o consumidor precisa aguardar para usufruir dos benefícios contratados em seu plano de saúde. Todos os prazos de carência estão definidos em contrato.

Quais os prazos máximos de carência estabelecidos em Lei?

Os prazos máximos de carência estabelecidos em lei são os seguintes:

- ✓ casos de urgência e emergência, acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional, risco imediato à vida ou lesões irreparáveis - 24 horas;
- ✓ partos a termo, excluídos os partos prematuros - 300 dias;
- ✓ demais situações - 180 dias.

Artigo 12 da Lei 9.656/1998

No plano de saúde coletivo empresarial, existe a obrigatoriedade do cumprimento de carência?

No caso de plano de saúde coletivo empresarial, contratado diretamente pela empresa ou Administradora de Benefícios, com um número de participantes igual ou superior a 30 (trinta), não poderá ser exigido o cumprimento de carência, desde que o empregado ou servidor solicite seu ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à empresa.

No caso de contratos empresariais com menos de 30 participantes, a Operadora de Plano de Saúde poderá exigir os prazos de carência definidos na Lei 9.656/98, quais sejam: 24h para urgência e emergência; 180 dias para internação; e 300 dias para parto a termo.

Artigo 6º da RN 195/2009 ANS

Quais são as carências que o consumidor precisa cumprir no plano de saúde coletivo por adesão?

O consumidor que ingressa no plano de saúde coletivo por adesão, representado pela Administradora de Benefícios ou não, em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato, não cumpre carência, independentemente do número de participantes do contrato.

A cada aniversário do contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que o consumidor tenha se vinculado à sua entidade representativa, após o transcurso do prazo de 30 (trinta) dias da celebração do contrato, e a proposta de adesão seja formalizada até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato.

Após essa data, a Operadora de Plano de Saúde poderá exigir os prazos de carência definidos na Lei 9.656/98, quais sejam: 24h para urgência e emergência; 180 dias para internação; e 300 dias para parto a termo.

Artigo 11 da RN 195/2009 ANS

O que é Cobertura Parcial Temporária (CPT)?

Cobertura Parcial Temporária (CPT) é o período ininterrupto de até 24 meses, contado a partir da data de contratação ou adesão ao plano de saúde, em que fica suspensa a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leito de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados, exclusivamente, a doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo consumidor ou representante legal.

Artigo 2º da RN 162/2007 ANS

No plano de saúde coletivo empresarial, pode haver cláusula de CPT?

No caso de plano de saúde coletivo empresarial, contratado diretamente pela empresa ou estipulado pela Administradora de Benefícios, com um número de participantes igual ou superior a 30 (trinta), não pode ser exigido o cumprimento de CPT, desde que o empregado formalize seu ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à empresa. No caso de contratos empresariais com menos de 30 participantes, a Operadora de Plano de Saúde pode exigir CPT.

Artigo 7º da RN 195/2009 ANS

No plano de saúde coletivo por adesão pode haver cláusula de CPT?

Sim. No caso do plano de saúde coletivo por adesão, a Operadora pode exigir o cumprimento de cobertura parcial temporária relacionada, exclusivamente, a doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo consumidor ou representante legal.

Artigo 12 da RN 195/2009 ANS

Coberturas (procedimentos médicos)

Quais as coberturas oferecidas pelos planos de saúde coletivos?

A ANS estabeleceu um rol mínimo de coberturas obrigatórias para todos os planos, individuais ou coletivos, firmados a partir de 02 de janeiro de 1999, revisado a cada dois anos para incluir novos tratamentos aos quais todos os consumidores passam a ter direito.

Além do rol de procedimentos, a Lei 9656/1998 sofreu alterações em razão de legislações específicas e passou a estabelecer algumas coberturas obrigatórias, tais como cirurgia plástica reconstrutiva de mama, decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, sem imposição de quantidade, valor ou prazo, e planejamento familiar.

Artigo 10-A, 10-B e artigo 35-C, inciso III, da Lei 9656/1998 e RN 338/2013 ANS.

Atenção, dica ANAB:

Nos contratos coletivos, as Administradoras de Benefícios podem auxiliar as empresas, os órgãos públicos ou as entidades representativas que desejam oferecer como benefício um plano de saúde a seus empregados ou associados a negociar coberturas adicionais àquelas previstas no rol de procedimentos da ANS.

Quando o consumidor estiver fora de sua cidade, ele continuará tendo cobertura do plano de saúde?

Depende. Os planos de saúde coletivos podem ter abrangência:

- ✓ nacional – com cobertura em todo o Brasil;
- ✓ Estadual – limitado a determinado estado;
- ✓ grupo de estados – limitado a determinados estados;
- ✓ municipal – limitado a determinado município;
- ✓ em um grupo de municípios – limitado a determinados municípios.

A abrangência geográfica sempre deve estar clara no contrato, e caso seja de grupo de estados ou de municípios, estes também devem estar especificados no contrato.

Artigo 1º da RN 259/2011 ANS

Atenção, dica ANAB:

Nos contratos coletivos, as Administradoras de Benefícios podem auxiliar as empresas, os órgãos públicos ou as entidades representativas que desejam oferecer como benefício um plano de saúde a seus empregados ou associados quanto a rede de serviços de saúde e a área geográfica mais adequada ao perfil do grupo. Esta análise pode fazer toda diferença na hora da negociação do preço do plano.

Como o consumidor será atendido caso a Operadora de Plano de Saúde não possua rede de prestadores médicos de uma determinada especialidade médica em sua cidade?

Caso a especialidade médica seja coberta pelo plano de saúde, o atendimento poderá ser realizado por médico não pertencente à rede credenciada/referenciada no mesmo município.

Caso seja necessário buscar atendimento em município limítrofe, este poderá ser realizado por prestador pertencente à rede credenciada/referenciada ou não.

Em ambos os casos, se o atendimento tiver que ser realizado por médico não credenciado ou referenciado, o pagamento deverá ser acordado entre o médico e a Operadora.

Artigo 4º da RN 259/2011 ANS

O consumidor pode ser atendido em outra cidade caso não exista médico da especialidade que ele necessita em sua cidade?

Sim, se for uma especialidade médica coberta pelo plano de saúde, o atendimento deve ser garantido pela Operadora em prestador pertencente ou não à rede credenciada/referenciada em município limítrofe ou na região de saúde do consumidor (as regiões de saúde estão definidas no site da ANS).

Artigo 5º da RN 259/2011 ANS

Se o consumidor tiver de ser atendido em outra cidade, quem arca com o custo do transporte?

A Operadora de Plano de Saúde terá que arcar com os custos de transporte nas seguintes situações:

- ✓ se o atendimento ou procedimento a ser realizado tenha, em sua diretriz de utilização, a obrigatoriedade de remoção ou transporte;
- ✓ se, em situação de urgência e emergência, não for localizado prestador pertencente ou não a rede credenciada/referenciada no mesmo município, em município limítrofe ou na região de saúde a que o consumidor pertence;

- ✓ se não for localizado prestador pertencente ou não a rede credenciada/referenciada em município limítrofe ou na região de saúde a que o consumidor pertence.

Caso ocorra uma das hipóteses citadas, a Operadora de Plano de Saúde arcará com os custos de transporte, podendo escolher o meio, que deve ser compatível com os cuidados necessários ao estado de saúde do consumidor.

Caso a Operadora tenha descumprido todas as regras elucidadas, e o consumidor seja obrigado a arcar com os custos do transporte, a Operadora deverá reembolsá-lo integralmente, em até 30 dias.

Artigos 6º, 7º e 9º da RN 259/2011 ANS

Se estiver no exterior, o consumidor pode usar o plano de saúde?

Em geral, os planos de saúde oferecem, no máximo, abrangência nacional.

RN 259/2011 ANS

Atenção, dica ANAB:

As Administradoras de Benefícios podem auxiliar as empresas, os órgãos públicos ou as entidades representativas que desejam oferecer como benefício um plano de saúde a seus empregados ou associados a negociar com a Operadora de Plano de Saúde a possibilidade de restituição de coberturas efetuadas fora do território nacional, sob a forma de reembolso.



Contratação

Qual a diferença entre plano de saúde coletivo empresarial e plano de saúde coletivo por adesão?

No plano de saúde coletivo empresarial, o contrato entre a empresa ou o órgão público e a Operadora de Plano de Saúde é firmado, diretamente ou com a participação de uma Administradora de Benefícios, para prestar assistência médica aos profissionais que possuam vínculo empregatício ou estatutário. O vínculo poderá abranger ainda, desde que previsto em contrato, sócios, administradores, demitidos, aposentados, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes, além do grupo familiar – até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro do empregado. A empresa ou o órgão público podem subsidiar, total ou parcialmente, os custos ou o pagamento das mensalidades.

No plano de saúde coletivo por adesão, o contrato entre a entidade representativa e a Operadora de Plano de Saúde é firmado, diretamente ou com a participação de uma Administradora de Benefícios, para prestar assistência médica à população que mantenha vínculo de caráter profissional, classista ou setorial. O vínculo poderá abranger ainda, desde que previsto em contrato, o grupo familiar do consumidor titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, o cônjuge ou companheiro, sendo que a adesão do grupo familiar dependerá da participação do consumidor titular no contrato. Os consumidores são responsáveis pelo pagamento integral das mensalidades.

Artigos 5º e 9º da RN 195/2009 ANS

Atenção, dica ANAB:

Nos contratos coletivos com a participação das Administradoras de Benefícios, as empresas, os órgãos públicos ou as entidades representativas potencializam seu poder de negociação, na medida em que passam a contar com a experiência e a capacitação de quem tem conhecimento do setor, de suas regras e normas, e pode proporcionar maior compreensão sobre os direitos garantidos pela legislação e vantagens na negociação com as Operadoras de Planos de Saúde.



Quem pode contratar um plano de saúde coletivo por adesão?

Profissionais que possuam vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, tais como:

- ✓ conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão
- ✓ sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações
- ✓ associações profissionais legalmente constituídas
- ✓ cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas
- ✓ caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da RN 195/2009
- ✓ entidades representativas de estudantes, conforme Lei nº 7395/85 e Lei nº 7398/85.

Artigo 9º RN 195/2009 ANS

Se o consumidor for um profissional autônomo mas não possuir vínculo com nenhuma pessoa jurídica, ele pode contratar um plano de saúde coletivo por adesão?

Não. É necessário que o profissional esteja vinculado a uma das pessoas jurídicas que podem contratar um plano coletivo por adesão. O profissional deve procurar uma entidade que represente sua categoria e verificar as condições de associação, bem como as regras de elegibilidade para aderir a um plano de saúde coletivo por adesão.

Artigo 9º da RN 195/2009 ANS

O que significa elegibilidade?

Nos casos de planos de saúde coletivos, o conceito de elegibilidade está relacionado às regras e aos critérios definidos pelas empresas, órgãos públicos ou entidades representativas para que seus empregados ou associados, respectivamente, possam ingressar no plano de saúde.

É possível criar uma Associação e, em seguida, fazer um plano de saúde coletivo por adesão?

Não. As Associações só poderão contratar plano de saúde coletivo por adesão quando constituídas há, pelo menos, um ano.

Artigo 10º da RN 195/2009 ANS

Como contratar um plano de saúde coletivo por adesão?

Os planos de saúde coletivos por adesão, se contratados dentro das regras e do perfil a que se destinam, são uma opção segura, confiável e vantajosa. Portanto, o melhor caminho para contratar um plano de saúde coletivo por adesão é entrar em contato com a entidade representativa ao qual está vinculado para saber o nome da Administradora de Benefícios contratada e as regras de elegibilidade.

A Operadora de Plano de Saúde ou a Administradora de Benefícios podem impedir o consumidor de contratar um plano de saúde coletivo?

Não. Qualquer profissional pode ingressar como titular em um plano de saúde coletivo por adesão ou empresarial, desde que possua vínculo empregatício, estatutário, profissional, classista ou setorial com as entidades representativas.

Artigo 16 da RN 195/2009 ANS

Qual é a diferença entre plano ambulatorial, hospitalar e referência?

Plano ambulatorial é o que compreende a cobertura de consultas em número ilimitado, exames complementares e outros procedimentos realizados em ambulatorios, consultórios e clínicas. Cobre também atendimentos e procedimentos caracterizados como urgência e emergência até as primeiras 12 horas, desde que não haja necessidade de internação. Esse plano não abrange internações.

Plano hospitalar sem obstetrícia é o que compreende atendimento em unidade hospitalar com número ilimitado de diárias, inclusive em UTI, transfusões, quimioterapia e radioterapia, entre outras necessidades durante o período de internação. Inclui também os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que evoluírem para internação ou que sejam necessários à preservação da vida, de órgãos e funções.

Plano hospitalar com obstetrícia é o que acresce ao plano hospitalar sem obstetrícia, a cobertura de consultas, exames e procedimentos relativos ao pré-natal, além de assistência ao parto e ao recém-nascido durante os primeiros 30 dias de vida. Garante também a inscrição do recém-nascido como dependente, isento do cumprimento de carência, desde que sua inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias após o nascimento.

Plano referência é o que instituído pelo Governo Federal, compreende a cobertura ambulatorial e hospitalar com atendimento obstétrico, tendo como padrão de internação o leito em enfermaria. É o plano mais completo e de oferta obrigatória.

Artigo 12 da Lei 9.656/1998

Coparticipação e Franquia

O que é coparticipação?

É a parte efetivamente paga pelo consumidor à Operadora de Plano de Saúde, referente a realização do procedimento.

É vedado, entretanto, estabelecer coparticipação que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do consumidor, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços.

Artigo 2º e 3º da Resolução CONSU 08/1998

O que é franquia?

É o valor, previamente estabelecido em contrato, até o qual a Operadora de Plano de Saúde não tem responsabilidade de cobertura, tanto para reembolso, quanto para pagamento direto à rede credenciada ou referenciada.

Assim como na coparticipação, o valor estabelecido não pode corresponder ao pagamento integral do procedimento pelo consumidor. Além disso, não se pode estabelecer, em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.

Artigos 2º e 3º da Resolução CONSU 08/1998

Demitidos

Nos planos coletivos empresariais, quando o empregado é demitido ou exonerado, ele pode manter o plano de saúde?

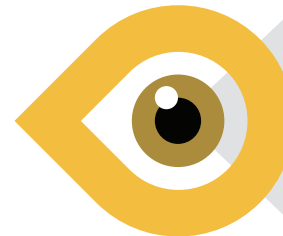
Sim, mas apenas nos casos de demissão ou exoneração sem justa causa e desde que o empregado tenha contribuído, total ou parcialmente, para o pagamento da mensalidade do plano de saúde. Desta forma, ele terá garantido o direito de manter seu benefício nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, assumindo, a partir daí, o pagamento integral das mensalidades.

Entretanto, essa hipótese não se aplica aos planos de saúde coletivos com característica de preço pós-estabelecido na modalidade de custo operacional, uma vez que a participação do empregado se dá apenas no pagamento de coparticipação ou franquia em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.

Artigo 30 da Lei 9.656/1998 e §1º do Artigo 6º da RN 279/2011 ANS

Atenção, dica ANAB:

As Administradoras de Benefícios podem dar todo suporte à área de recursos humanos ou de gestão de benefícios da empresa, no cálculo do tempo de contribuição e na orientação quanto aos direitos do ex-empregado em relação ao plano de saúde.



Qual o prazo que o ex-empregado tem para optar pela manutenção do plano de saúde?

No máximo 30 (trinta) dias após a comunicação de demissão ou exoneração.

Artigo 10 da RN 279/2011 ANS

Quando o empregado pede demissão, ele tem direito a manutenção do plano de saúde coletivo empresarial do qual fazia parte?

Não, os empregados que pediram demissão ou ingressaram em um Programa de Demissão Voluntária (PDV) não tem direito a continuar com o benefício de plano de saúde, salvo se o ingresso no PDV coincidir com a aposentadoria. O aposentado inscrito em PDV deverá manifestar-se pelo direito do Artigo 31 no momento em que se desligar da empresa empregadora.

Artigo 30 da Lei 9.656/1998

A manutenção do plano de saúde, nos casos de demissão sem justa causa, é somente do titular do plano de saúde coletivo empresarial?

Não, a manutenção é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, porém tal obrigatoriedade não impede que o titular queira manter-se sozinho no plano ou com parte de seu grupo familiar.

Artigo 30, § 2º da Lei 9.656/1998 e Artigo 7º da RN 279/2011 ANS

Como é calculado o tempo que o ex-empregado terá direito à manutenção do plano de saúde?

O ex-empregado terá direito à manutenção do plano de saúde por um terço do tempo de contribuição para o plano, com arredondamento desse resultado para cima, com um mínimo assegurado de 06 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa, é assegurado ao ex-empregado os direitos previstos, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.

Artigo 30, § 1º da Lei 9.656/1998 e Artigo 6º, § 2º da RN 279/2011 ANS.

Atenção, dica ANAB:

As Administradoras de Benefícios podem auxiliar a empresa na gestão do plano exclusivo para os empregados demitidos ou exonerados sem justa causa.

De que forma a empresa poderá manter o benefício do ex-empregado?

Para manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa como beneficiário do plano de saúde, os empregadores poderão:

- ✔ manter o ex-empregado no mesmo plano de saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração; ou
- ✔ contratar um plano de saúde exclusivo para seus ex-empregados separado do plano dos empregados ativos, mediante a celebração de contrato coletivo empresarial com a mesma Operadora de Planos de Saúde, escolhida para prestar assistência médica aos seus empregados ativos, exceto quando se tratar de Autogestão.

Artigo 17 da RN 279/2011 ANS

Como se dará o cálculo do valor a ser pago ao plano de saúde pelo ex-empregado?

No ato da contratação do plano de saúde, a Operadora deverá apresentar aos consumidores do plano coletivo o valor correspondente a seu custo por faixa etária, mesmo que seja adotado preço único ou haja financiamento do empregador. Além disso, deverá estar disposto no contrato o critério para a determinação do preço único e da participação do empregador, indicando-se a sua relação com o custo por apresentado por faixa etária.

A manutenção da condição de beneficiário no mesmo plano de saúde observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

Assim, o valor da mensalidade a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária com as devidas atualizações.

Artigo 15 da RN 279/2011 ANS

Se o ex-empregado voltar a trabalhar continuará tendo o direito ao benefício?

Não. O direito se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses a seguir:

- ✔ pelo término dos prazos calculados em razão do tempo de contribuição;
- ✔ novo vínculo profissional;
- ✔ pelo cancelamento do plano de saúde por parte do empregador que o concede este benefício a seus empregados ativos e inativos.

Artigo 31 da Lei 9656/98 e RN 279/2011 ANS

Atenção, dica ANAB:

Caso o ex-empregado não reúna as condições necessárias para manter-se em um plano de saúde coletivo empresarial, mas possua vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com uma entidade representativa, poderá buscar informações junto a esta para verificar a possibilidade de aderir a um plano de saúde coletivo por adesão.

Doenças e Lesões Preexistentes



O que são doenças e lesões preexistentes?

Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o consumidor ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento de contratação ou adesão ao plano de saúde.

Artigo 2º da RN 162/2007 ANS

Como se deve proceder na hora de declarar doenças e lesões preexistentes (DLP)?

O consumidor deve informar à Operadora de Plano de Saúde, quando expressamente solicitado, na documentação contratual, por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato de adesão ou do ingresso no contrato coletivo.

Artigo 5º da RN 162/2007 ANS

O que é a “Declaração de Saúde” exigida na hora da contratação?

A Declaração de Saúde consiste em um formulário, elaborado pela Operadora de Plano de Saúde, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o consumidor saiba ser portador e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, sendo aplicado ao titular e seus dependentes.

Artigo 10 da RN 162/2007 ANS

O que acontece se o consumidor omitir o conhecimento de uma doença?

Essa omissão será caracterizada como fraude e, neste caso, a Operadora de Plano de Saúde poderá solicitar a abertura de processo administrativo junto à ANS. Caso o resultado da análise do processo seja favorável à Operadora, ela poderá rescindir, unilateralmente, o contrato de plano de saúde e até entrar na justiça para tentar reaver os valores dispendidos.

Lei 9.656/1998 e RN 162/2007 ANS

Atenção, dica ANAB:

O consumidor é quem deve preencher sua declaração de saúde, pois, após identificadas as condições de saúde, a Operadora de Planos de Saúde poderá convidá-lo a participar de programas de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Atenção, dica ANAB:

É fundamental que o consumidor preste todas as informações sobre doenças e lesões preexistentes de que tenha conhecimento e não delegue a terceiros o preenchimento da sua Declaração de Saúde.

Estagiários, Contratados Temporários e Menores Aprendizizes



Estagiários, contratados temporários e menores aprendizes têm direito a participar do plano de saúde coletivo empresarial?

Sim, o empregador pode optar pela inclusão de temporários, estagiários e menores aprendizes no contrato do plano de saúde coletivo empresarial.

Artigo 5º da RN195/2009 ANS

Os estagiários, contratados temporários e menores aprendizes têm direito à manutenção do plano de saúde ao serem demitidos ou se aposentarem?

Não, nessas hipóteses, não há direito de manutenção do plano de saúde.

Exclusão e Rescisão de Contrato



O que garante que o consumidor não será excluído do plano de saúde coletivo a qualquer momento?

As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos de saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem constar do contrato celebrado entre as partes.

Caberá ao contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos de saúde.

As Operadoras de Planos de Saúde só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- ✓ fraude;
- ✓ por perda dos vínculos do titular ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvados os casos de demissão sem justa causa e aposentadoria;
- ✓ atraso de pagamento em prazo superior ao estabelecido em contrato.

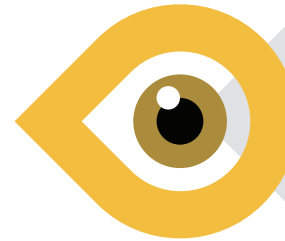
Artigo 18 da RN 195/2009 ANS

Quando um plano de saúde coletivo pode ser rescindido?

As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos de saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem constar do contrato celebrado entre as partes.

Os contratos de planos de saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Artigo 17 da RN 195/2009 ANS



Atenção, dica ANAB:

É fundamental o consumidor conhecer as condições e o prazo de rescisão em relação à sua contratação do plano. Estas informações devem estar dispostas no contrato.

Falso Coletivo



O que é o chamado “falso coletivo”?

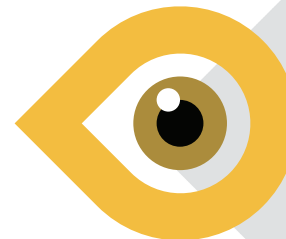
É um suposto plano de saúde coletivo formado por um grupo de indivíduos que não possuem vínculo de caráter empregatício, estatutário, profissional, classista ou setorial com nenhuma empresa, órgão público ou entidade representativa.

Se um corretor agir de má fé e incluir o consumidor em um “falso coletivo”, quais serão as consequências?

Tanto a Operadora de Plano de Saúde quanto a Administradora de Benefícios estarão sujeitas à multa imposta pela ANS. Exceto em caso de comprovada participação na fraude, não haverá qualquer prejuízo para o consumidor, que, a partir de então, passará a ter vínculo direto e individual com a Operadora, equiparando-se, para todos os efeitos legais, ao plano de saúde individual ou familiar.

Atenção, dica ANAB:

Para não ser induzido a contratar um “falso coletivo”, o consumidor deve sempre procurar a sua entidade representativa para verificar se pode ser enquadrado nas regras de elegibilidade e aderir ao plano de saúde já contratado por ela.



Fiscalização

O governo fiscaliza os planos de saúde coletivos?

Sim. Os planos de saúde coletivos por adesão e empresariais são fiscalizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Conforme demonstrado neste guia, esses planos devem seguir regras previstas em lei e nas diversas resoluções e instruções normativas, elaboradas e publicadas pela ANS.

Em caso de dúvidas, os consumidores de planos de saúde coletivos podem acessar o site da ANS, www.ans.gov.br.



Inclusão

Quem pode ser incluído como beneficiário no plano de saúde coletivo empresarial?

No plano de saúde coletivo empresarial, além das pessoas que possuem vínculo empregatício ou estatutário, podem ser incluídos, desde que previsto contratualmente:

- ✓ os sócios da pessoa jurídica contratante;
- ✓ os administradores da pessoa jurídica contratante;
- ✓ os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no *caput* dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- ✓ os agentes políticos;
- ✓ os trabalhadores temporários;
- ✓ os estagiários e menores aprendizes;
- ✓ o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, o cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos itens anteriores, desde que o titular participe do contrato

Artigo 5º da RN 195/2009 ANS

Quem pode ser incluído como beneficiário no plano de saúde coletivo por adesão?

No plano de saúde coletivo por adesão pode ser incluída a população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

- ✓ conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- ✓ sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- ✓ associações profissionais legalmente constituídas;
- ✓ cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- ✓ caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da RN 195/2009.
- ✓ entidades representativas de estudantes, conforme Lei nº 7395/85 e Lei nº 7398/85.

Artigo 9º da RN 195/2009 ANS, Lei 7.395/1985 e Lei 7.398/1985.

As Administradoras de Benefícios podem impedir ou restringir a participação de consumidor em plano de saúde coletivo em virtude da idade, da condição de pessoa portadora de deficiência, ou mediante seleção de risco?

Não. As Administradoras de Benefícios não podem impedir ou restringir a participação de consumidor no plano de saúde coletivo, mediante seleção de risco.

Artigo 14 da Lei 9656/98 e Artigo 7º da RN 196/2009 ANS

Internação Domiciliar (Home Care)

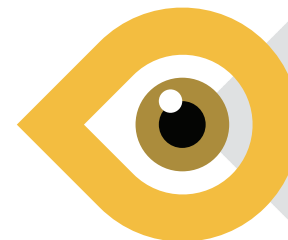


Os planos de saúde coletivos cobrem internação domiciliar (*Home Care*)?

Depende. A internação domiciliar não faz parte do Rol de Procedimentos da ANS e, por isso, não é de cobertura obrigatória, podendo ser negociada entre as partes nos contratos coletivos.

É importante lembrar ainda que, caso haja essa cobertura no contrato de plano de saúde coletivo, este deve dispor, claramente, sobre o atendimento domiciliar e as coberturas definidas neste serviço (profissionais, materiais, medicamentos e equipamentos), tudo em consonância com a RDC 11/2006 da ANVISA, que regulamenta, tecnicamente, a prestação dessa atividade.

Artigo 13 da RN 338/2013 ANS



Atenção, dica ANAB:

A vantagem dos planos de saúde coletivos é que, no momento de sua contratação, a Administradora de Benefícios pode negociar a inclusão dessa cobertura adicional.

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e Guia de Leitura Contratual

O que são o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC)?

O MPS e o GLC são instrumentos destinados a informar ao consumidor os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a compreensão do conteúdo do contrato por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

O MPS deve ser entregue ao consumidor, de forma impressa ou digital, antes da contratação do plano, e o GLC, junto à carteirinha do plano.

Artigo 24 da RN 195/2009 e Artigos 1º, 4º e 5º da IN/DIPRO 20/2009 ANS



Medicamento

O plano de saúde coletivo é obrigado a fornecer medicamentos em que situações?

O plano de saúde coletivo deve cobrir todos os medicamentos prescritos pelo médico assistente a serem ministrados durante o período de internação hospitalar, desde que o plano contratado tenha cobertura para a internação hospitalar. Entretanto, existem medicamentos que não tem cobertura, mesmo durante a internação. São eles:

- ✓ medicamentos relacionados à tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, medicamento não registrado no País; ou considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Federal de Odontologia (CFO) ou ainda que não possua indicação descrita na bula registrada na ANVISA (uso *off-label*);
- ✓ medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados (produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA);
- ✓ medicamentos cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CONITEC;
- ✓ medicamentos para tratamento domiciliar, excerto antineoplásicos orais e medicamentos para o controle dos efeitos adversos e adjuvantes do tratamento com os antineoplásicos, com preferência para os genéricos.

Artigo 19 da RN 338/2013 ANS

Negativa de Atendimento



A quem o consumidor deve recorrer em caso de negativa de atendimento médico-hospitalar?

A Operadora de Plano de Saúde é exclusivamente responsável por fornecer a cobertura assistencial, na forma prevista em contrato. É vedado à Administradora de Benefícios exercer essa atividade da Operadora. Portanto, o consumidor deve, primeiramente, procurar a Operadora do seu plano de saúde e exigir um protocolo de atendimento. A Operadora deverá informar ao consumidor, detalhadamente, em linguagem clara e adequada, e no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas contado da negativa, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.

O consumidor poderá, ainda, solicitar à Operadora o envio da negativa por escrito, por correspondência ou meio eletrônico, também no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

Artigos 2º, 3º e 4º da RN 319/2013 ANS

Em caso de atendimento de urgência ou emergência, a Operadora pode negar a cobertura?

Não. É proibida a negativa de cobertura em casos de urgência e emergência, respeitada a legislação em vigor.

Artigo 2º, § 2º da RN 319/2013 ANS



Atenção, dica ANAB:

A Administradora de Benefícios pode auxiliar o consumidor de plano de saúde coletivo que teve negado um atendimento pela Operadora de Plano de Saúde, esclarecendo seus direitos.

Perda do Benefício de Plano de Saúde Coletivo

O que o consumidor deve fazer caso a empresa ou a entidade representativa a que está vinculado cancele o benefício de plano de saúde?

As Operadoras de Planos de Saúde deverão disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de consumidores, do plano coletivo cancelado, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

O novo benefício deve ser disponibilizado ao titular e ao grupo familiar a ele vinculado.

Artigo 1º da Resolução CONSU 19/1999.

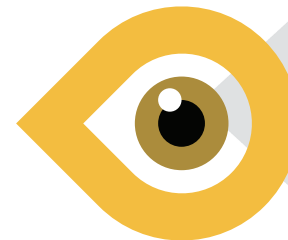
Existe prazo para adesão a novo plano de saúde na modalidade individual/familiar?

Sim, os consumidores têm, no máximo, 30 (trinta dias), após o cancelamento do plano de saúde coletivo.

Artigo 2º da Resolução CONSU 19/1999.

Atenção, dica ANAB:

Caso o consumidor possua vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com uma entidade representativa, poderá buscar informações junto a esta para verificar a possibilidade de aderir a um plano de saúde coletivo por adesão.



Portabilidade ou Alteração de Plano

O consumidor pode trocar de plano de saúde coletivo por adesão sem ter que cumprir novos prazos de carência ou cobertura parcial temporária (CPT)?

Sim, esse processo é chamado de portabilidade de carências. O consumidor do plano de saúde coletivo por adesão pode contratar um novo plano de saúde, dentro da mesma Operadora ou com uma Operadora diferente, e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária (CPT) exigíveis e já cumpridos no plano de saúde de origem.

Neste caso, devem ser atendidos, simultaneamente, os seguintes requisitos:

- ✓ estar em dia com o pagamento das mensalidades do plano de saúde de origem;
- ✓ possuir prazo de permanência:

a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo, dois anos no plano de saúde de origem ou, no mínimo, três anos na hipótese de o consumidor ter cumprido cobertura parcial temporária; ou

b) nas posteriores, no mínimo, um ano de permanência no plano de saúde de origem.

- ✓ o plano de saúde de destino estar em tipo compatível com o do plano de saúde de origem;
- ✓ a faixa de preço do plano de saúde de destino ser igual ou inferior à faixa em que se enquadra seu plano de saúde de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão;
- ✓ o plano de saúde de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa” ou “cancelado”.

Artigo 3º da RN 186/2009 ANS

Como o consumidor pode fazer a portabilidade de carência?

Primeiramente, o consumidor deve consultar o Guia da ANS, disponível no link, <http://www.ans.gov.br/guiadeplanos>, para identificar planos de saúde compatíveis com o que já possui. Após a escolha do plano de saúde, é necessário entrar em contato com a Administradora de Benefícios, solicitando o termo de adesão ao novo plano e informando a respeito do interesse na portabilidade de carências.

Artigo 3º da RN 186/2009 ANS

Que documentos são necessários para o ingresso no novo plano de saúde?

São necessários os seguintes documentos:

- ✓ proposta de adesão assinada;
- ✓ cópia dos comprovantes de pagamento dos três últimos boletos vencidos;
- ✓ documento que comprove a permanência por, pelo menos, 02 anos no plano de saúde de origem ou por, pelo menos, 03 anos, caso tenha cumprido a cobertura parcial temporária (CPT) ou nos casos de doenças e lesões preexistentes;
- ✓ declaração da Operadora do Plano de Saúde de origem ou outro documento;
- ✓ comprovante de vínculo com a pessoa jurídica contratante caso o plano de saúde de destino seja coletivo por adesão.

Artigo 3º da RN 186/2009 ANS

Qual é o prazo para ingressar no plano de saúde novo?

A Operadora tem até 20 dias, após a assinatura do contrato, para responder. Após o aceite, o novo plano de saúde entra em vigor (início da vigência) em 10 dias.

Em quais casos a portabilidade especial pode ser utilizada?

Portabilidade especial de carências pode ser utilizada em três casos:

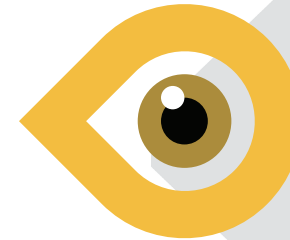
- ✓ Por consumidor de Operadora de Plano de Saúde que tenha seu registro cancelado pela ANS ou que esteja em processo de Liquidação Extrajudicial (falência).
- ✓ Por consumidor dependente que perdeu seu vínculo com o plano de saúde, seja por falecimento do titular, ou em decorrência de perda da condição para continuar no plano de saúde como dependente. O prazo é de 60 dias a partir da data de falecimento do titular, ou da extinção do vínculo.
- ✓ Por ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado durante o período de manutenção do plano. Nesse caso, a portabilidade deve ser requerida 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 do plano.

Artigo 7-A da RN 186/2009 ANS

O consumidor pode alterar a categoria do plano de saúde dentro do coletivo por adesão?

Sim, é possível. No caso de migração para um plano de saúde de padrão mais elevado, o consumidor poderá ter que cumprir novos períodos de carência apenas na rede médico-hospitalar que não fazia parte do plano de saúde anterior.

Súmula Normativa nº 21 ANS, de 12 de agosto de 2011.



Atenção, dica ANAB:

As Administradoras de Benefícios podem dar todo suporte à área de recursos humanos ou de gestão de benefícios da empresa, na orientação quanto aos direitos dos ex-empregados em relação à portabilidade. Nos planos de saúde coletivos por adesão, a Administradora de Benefícios presta suporte aos consumidores no sentido de dar informações sobre período e requisitos para o processamento da portabilidade.

Prazos de Atendimento



Quais são os prazos máximos que as Operadoras de Plano de Saúde têm de cumprir no atendimento aos consumidores de planos de saúde coletivos?

Os prazos máximos são os seguintes:

- ✓ consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: 7 dias úteis;
- ✓ consulta nas demais especialidades: 14 dias úteis;
- ✓ consulta/ sessão com fonoaudiólogo: 10 dias úteis;
- ✓ consulta/ sessão com nutricionista: 10 dias úteis;
- ✓ consulta/ sessão com psicólogo: 10 dias úteis;
- ✓ consulta/ sessão com terapeuta ocupacional: 10 dias úteis;
- ✓ consulta/ sessão com fisioterapeuta: 10 dias úteis;
- ✓ consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista: 7 dias úteis;
- ✓ serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: 3 dias úteis;
- ✓ demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: 10 dias úteis;
- ✓ procedimentos de alta complexidade (PAC): 21 dias úteis;
- ✓ atendimento em regime hospital-dia: 10 dias úteis;
- ✓ atendimento em regime de internação eletiva: 21 dias úteis;
- ✓ urgência e emergência: atendimento imediato;
- ✓ consulta de retorno: a critério do profissional responsável pelo atendimento.

Artigo 3º da RN 259/2011 ANS



Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças



O que são Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (PROMOPREV)?

São um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

Artigo 2º da RN 264/2011 ANS

Quais os tipos de PROMOPREV que podem ser oferecidos pela Operadora de Plano de Saúde?

a) Programa para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida: processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Consiste em um conjunto de estratégias orientadas para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos indivíduos ao longo do curso da vida, incorporando ações para a Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, desde o pré-natal até as idades mais avançadas;



Atenção, dica ANAB:

Além de melhorar a qualidade de vida de seus profissionais, se a empresa ou entidade representativa estimular e acompanhar, de forma adequada, o tratamento daquele grupo de risco, algumas doenças podem ser evitadas, os gastos com as internações podem ser reduzidos e a Administradora de Benefícios pode negociar um reajuste menor com a Operadora de Plano de Saúde em favor da coletividade.

b) Programa para População-Alvo Específica: conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos com características específicas, incorporando ações para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças em determinada faixa etária, ciclo de vida ou fator de risco determinado; e

c) Programa para Gerenciamento de Crônicos: conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas e com alto risco assistencial, incorporando ações para prevenção secundária e terciária, compressão da morbidade e redução dos anos perdidos por incapacidade.

RN 264/2011 ANS

Que benefícios o consumidor de planos de saúde coletivos pode obter se aderir a um PROMOPREV?

A Operadora pode conceder uma **bonificação** aos consumidores do plano de saúde coletivo pela participação em programas para promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e uma **premiação** pela participação em programas para População-Alvo Específica ou para Gerenciamento de Crônicos.

Artigo 4º da RN 264/2011 ANS

Qual a diferença entre bonificação e premiação?

a) bonificação: consiste em vantagem pecuniária, representada pela aplicação de desconto no pagamento da mensalidade, concedida pela Operadora ao consumidor do plano de saúde como incentivo sua participação em programa para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida;

b) premiação: consiste em vantagem, representada pela oferta de prêmio, concedida pela Operadora ao consumidor de plano de saúde como incentivo a sua participação em programa para População-Alvo Específica e programa para Gerenciamento de Crônicos.

Artigo 2º da RN 265/2011 ANS



Atenção, dica ANAB:

O prazo mínimo de vigência da concessão de bonificação é de 12 meses, contado da data da assinatura do termo aditivo contratual, e renovável, automaticamente, por igual período.

A adesão ao programa é obrigatória?

Não. Cabe ao consumidor do plano de saúde coletivo decidir se irá ou não participar do programa oferecido pela Operadora do Plano de Saúde.

Artigo 2º da RN 265/2011 ANS

Como o consumidor pode aderir a um programa para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida?

Nos planos de saúde coletivos, a adesão deve se dar primeiro pela empresa, órgão públicos ou entidade representativa e, posteriormente, por cada um dos consumidores interessados.

Caberá à Operadora do Plano de Saúde e à empresa ou órgão público, no caso de planos de saúde coletivos empresariais, o estabelecimento da forma de negociação da aplicação e manutenção do bônus, podendo se dar de forma individualizada ou por percentual de participantes do grupo coletivo.

Artigo 4º da RN 265/2011 e IN/DIPRO 36 ANS

Como é calculado o valor da bonificação?

O valor da bonificação deve ser o resultado da aplicação de um percentual sobre o valor da mensalidade.

Artigo 7º da RN 265/2011 ANS

Como o consumidor pode aderir a um programa voltado para população-alvo específica e para gerenciamento de crônicos?

Uma vez identificada a população que possui alguma patologia, a Operadora do Plano de Saúde deverá comunicar a possibilidade de adesão ao consumidor elegível ou titular, por qualquer meio que assegure sua ciência, e apresentar uma minuta de contrato acessório com a descrição do programa.

Artigo 17 da RN 265/2011 e IN/DIPRO36 ANS

Se o consumidor não cumprir a meta estabelecida no programa de gerenciamento de crônicos, ele perde o direito à premiação?

Não. Para concessão da premiação, a Operadora de Plano de Saúde não poderá exigir do consumidor qualquer outro critério que não seja a sua adesão e participação no programa, sendo expressamente vedado condicionar o recebimento do prêmio a:

- a)** alcance de determinada meta ou determinado resultado em saúde;
- b)** diminuição de sinistralidade ou utilização de procedimentos;
- c)** tempo de permanência do consumidor na Operadora.

Artigo 18 da RN 265/2011 ANS

As Administradoras de Benefícios podem oferecer Programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (Promoprev)?

Não, as Administradoras de Benefícios não podem oferecer os programas, pois, não possuem produtos registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS tais quais as Operadoras de Planos de Saúde.

Entretanto, além de incentivar que os consumidores de planos de saúde coletivos entrem nos programas oferecidos pelas Operadoras, as Administradoras de Benefícios podem auxiliar as empresas, os órgãos públicos e as entidades representativas a fazerem o acompanhamento e a aferição dos resultados obtidos.

RN 265/2011 ANS

Reajuste

É verdade que o reajuste das mensalidades é livre no plano de saúde coletivo?

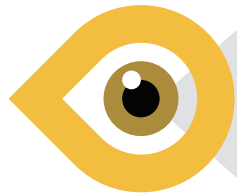
Não. Os reajustes nos planos de saúde coletivos devem estar previstos no contrato, ocorrem a cada 12 (doze) meses e em mudanças de faixa etária, lembrando que as faixas etárias são definidas pela ANS e limitadas até os 59 (cinquenta e nove) anos.

O índice de reajuste é calculado pelas Operadoras de Planos de Saúde com base na variação dos custos médicos e hospitalares, levando-se em consideração a frequência de utilização do grupo de consumidores, além dos custos de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do plano de saúde. Em seguida, existe um processo de negociação entre as Operadoras e as pessoas jurídicas contratantes, com ou sem a participação das Administradoras de Benefícios. Esses índices de reajuste são, obrigatoriamente, informados pela Operadora à ANS.

Vale lembrar, que o percentual de reajuste dos planos de saúde coletivos apresenta, em alguns casos, variações diferentes dos planos individuais ou familiares, mas, em geral, o valor da mensalidade do plano de saúde coletivo continua sendo mais vantajoso. Essa vantagem ocorre porque, como o plano é coletivo, quanto maior o grupo de consumidores, maior a diluição dos riscos e, conseqüentemente, maior o potencial de negociação.

Artigo 19 da RN 195/2009 ANS, RN 63/2004 e Artigo 15 da Lei 9.656/1998.





Atenção, dica ANAB:

As Administradoras de Benefícios exercem um papel fundamental ao defender os interesses dos consumidores de planos de saúde coletivos, pois, quase sempre, conseguem negociar com as Operadoras de Planos de Saúde reajustes menores que os inicialmente solicitados por elas.



Atenção, dica ANAB:

As Administradoras de Benefícios podem dar todo suporte à área de recursos humanos ou de gestão de benefícios da empresa no desenho e no cálculo do reajuste dos planos de saúde coletivos para ex-empregados.

Como ocorre o reajuste das mensalidades dos planos de saúde coletivos?

Nos planos de saúde coletivos empresariais e por adesão com mais de 30 participantes, as regras e condições de reajuste são de livre negociação entre as partes e estão estabelecidas em contrato.

Já nos contratos coletivos empresariais e por adesão com menos de 30 participantes, é aplicada a regra de agrupamento de contratos, ou seja, as Operadoras de Planos de Saúde calculam um reajuste único para um grupo de contratos. Dessa forma, o risco de cada contrato fica distribuído e diluído dentro do grupo.

As Operadoras são obrigadas a divulgar os percentuais em seus sites, informando ainda a metodologia do cálculo, o que torna o reajuste mais transparente e dá maior poder de decisão ao consumidor.

Artigos 19 a 22 da RN 195/2009 e RN 309/2012 ANS

Como é o reajuste dos planos de saúde coletivos empresariais de ex-empregados (demitidos sem justa causa ou aposentados) que optaram pela manutenção do plano?

Nesses casos, existem regras específicas para o reajuste das mensalidades, dependendo da forma que o plano de saúde dos ex-empregados é oferecido.

- ✓ **Manutenção no mesmo plano de saúde dos empregados ativos:**
Nesse caso, as condições de reajuste da mensalidade são equivalentes às da contraprestação dos empregados ativos, ou seja, o percentual de aumento aplicado para os ex-empregados será igual ao dos empregados ativos.
- ✓ **Contratação pelo empregador de plano de saúde exclusivo para os ex-empregados:** Nesse caso, as condições de reajuste da mensalidade do ex-empregado poderão ser diferentes das dos empregados ativos.

Artigos 17 e 18 da RN 279/2011 ANS

Rede Credenciada ou Referenciada



A Operadora de Plano de Saúde pode mudar os médicos e estabelecimentos da rede credenciada ou referenciada?

A substituição do médico ou prestador é permitida, desde que seja por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 dias de antecedência.

Artigo 17 da Lei 9.656/1998, alterado pela Lei 13.003/2014

Se um médico ou prestador não pertencente à rede credenciada do meu plano de saúde solicitar um procedimento, este pode ser negado pela Operadora?

Não, a legislação veda tal negativa, sendo proibido à Operadora de Plano de Saúde negar autorização para realização do procedimento exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à sua rede própria ou credenciada.

Artigo 2º, inciso VI da Resolução CONSU 8/1998.

As Administradoras de Benefícios possuem rede de prestador de serviços médico-hospitalar?

Não. Diferentemente das Operadoras de Planos de Saúde, as Administradoras de Benefícios não podem ter rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares.

Artigo 8º da RN 196/2009 ANS

Urgência e Emergência

Qual é a diferença entre urgência e emergência?

Urgência – resultado de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Emergência – complicações de saúde que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Artigo 35-C da Lei 9.656/1998

Existe carência para atendimentos de urgência e emergência?

A legislação de saúde suplementar determina que é obrigatório o atendimento nos casos de urgência e emergência, a partir de 24 horas da vigência do contrato.

Artigo 12, inciso V, alínea “c” da Lei 9.656/1998



Qual o prazo de carência para atendimento de urgência e emergência no Plano Ambulatorial?

Para os consumidores com plano ambulatorial, a cobertura para urgência e emergência é garantida, exclusivamente, para os procedimentos realizados em ambiente ambulatorial. Caso ainda esteja cumprindo carências, mas após 24 horas do início da vigência do contrato, o consumidor terá assistência ambulatorial limitada às primeiras 12 horas, desde que o quadro não evolua para internação ou que seja necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

Após esse período, caberá à Operadora de Plano de Saúde o ônus e a responsabilidade pela remoção do consumidor para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários à continuidade do tratamento, só cessando sua responsabilidade quando efetuado o registro nessa unidade.

A remoção tem de ser realizada por ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida e somente pode ser autorizada pelo médico assistente.

Caso o consumidor opte pela permanência no hospital ou pela transferência para outro estabelecimento particular, as despesas passarão a ser de sua responsabilidade.

Quando não puder ocorrer a remoção por risco de vida, o consumidor e o hospital deverão negociar entre si, desobrigando a Operadora de qualquer ônus.

Artigos 2º e 7º da Resolução CONSU 13/1998

Qual o prazo de carência para atendimento de urgência e emergência no Plano Hospitalar sem Obstetrícia?

Os consumidores com Plano Hospitalar sem Obstetrícia têm assegurada a assistência integral nos casos de urgência e emergência, após cumpridos os prazos de carência. Excerto para as urgências decorrentes de complicações no processo gestacional, situação em que terá assegurado o atendimento ambulatorial por até 12 horas, ou em prazo menor, se o quadro evoluir para internação ou se for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

Para os casos de urgência, decorrentes de acidente pessoal, mesmo em período de carência, mas decorridas 24 horas do início da vigência do contrato, o consumidor com plano hospitalar (sem obstetrícia) terá assistência integral, sem restrições.

Para os casos de emergência, quando o consumidor ainda está cumprindo prazos de carência, mas já decorridas 24 horas do início da vigência do contrato, ele estará submetido às mesmas regras do plano ambulatorial, ou seja, garantia de atendimento em ambiente ambulatorial por 12 horas, ou em prazo menor, se o quadro evoluir para internação ou se for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

Após esse período, caberá à Operadora de Plano de Saúde o ônus e a responsabilidade pela remoção do consumidor para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários à continuidade do tratamento, só cessando sua responsabilidade quando efetuado o registro nessa unidade.

A remoção tem de ser realizada por ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida e somente pode ser autorizada pelo médico assistente.

Caso o consumidor opte pela permanência no hospital ou pela transferência para outro estabelecimento particular, as despesas passarão a ser de sua responsabilidade.

Quando não puder ocorrer a remoção por risco de vida, o consumidor e o hospital deverão negociar entre si, desobrigando a operadora de qualquer ônus.

Artigos 3º e 7º da Resolução CONSU 13/1998

Qual o prazo de carência para atendimento de urgência e emergência no Plano Hospitalar com Obstetrícia?

Os consumidores com plano hospitalar com obstetrícia têm assegurada a assistência integral nos casos de urgência e emergência, após cumpridos os prazos de carência.

Para os casos de urgência, decorrentes de acidente pessoal, mesmo em período de carência, mas decorridas 24 horas do início da vigência do contrato, o consumidor com plano hospitalar com obstetrícia, terá assistência integral, sem restrições.

Para as urgências resultantes de complicações no processo gestacional e para as emergências, quando o consumidor ainda está cumprindo prazos de carência, mas já decorridas 24 horas do início da vigência do contrato, ele estará submetido às mesmas regras do Plano Ambulatorial, ou seja, garantia de atendimento em ambiente ambulatorial por 12 horas, ou em prazo menor, se o quadro evoluir para internação ou se for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

Após esse período, caberá à Operadora de Plano de Saúde o ônus e a responsabilidade pela remoção do consumidor para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários à continuidade do tratamento, só cessando sua responsabilidade quando efetuado o registro nessa unidade.

A remoção tem de ser realizada por ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida e somente pode ser autorizada pelo médico assistente.

Caso o consumidor opte pela permanência no hospital ou pela transferência para outro estabelecimento particular, as despesas passarão a ser de sua responsabilidade.

Quando não puder ocorrer a remoção por risco de vida, o consumidor e o hospital deverão negociar entre si, desobrigando a operadora de qualquer ônus.

Artigos 3º, 4º e 7º da CONSU 13/1998

Qual o prazo de carência para atendimento de urgência e emergência no plano Referência?

No Plano Referência, após as 24 horas do início da vigência do contrato, será garantida a cobertura integral (ambulatorial e hospitalar) para urgência e emergência aos consumidores deste plano, sem qualquer tipo de limitação, a não ser para os casos que envolverem acordo de cobertura parcial temporário (CPT) por doenças ou lesões preexistentes (DLP), onde a cobertura será igual ao plano ambulatorial, ou seja, o consumidor terá assistência ambulatorial limitada as primeiras 12 horas, desde que o quadro não evolua para internação ou que seja necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

Após esse período, caberá à Operadora de Planos de Saúde o ônus e a responsabilidade pela remoção do consumidor para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários à continuidade do tratamento, só cessando sua responsabilidade quando efetuado o registro nessa unidade.

A remoção tem que ser realizada por ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida e somente pode ser autorizada pelo médico assistente.

Caso o consumidor opte pela permanência no hospital ou pela transferência para outro estabelecimento particular, as despesas passarão a ser de sua responsabilidade.

Quando não puder ocorrer a remoção por risco de vida, o consumidor e o hospital deverão negociar entre si, desobrigando a operadora de qualquer ônus.

Artigos 5º, 6º e 7º da Resolução CONSU 13/1998.

2014 - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS – ANAB

Rua Vergueiro, nº 1353 – sala 109

Torre Norte – Vila Mariana – São Paulo – SP – CEP: 04101-000

Fone: +55 (11) 3253-2700 / (11) 3262-2233 – www.anab.com.br
contato@anab.com.br

DIRETORIA:

Elon Gomes de Almeida – Diretor Presidente

Farias Pereira de Sousa – Diretor Vice Presidente

Luciana Souza da Silveira – Diretora Executiva

COORDENADORA DO PROJETO: Luciana Souza da Silveira

RESPONSÁVEL TÉCNICA: Juliana Souza Silva

RESPONSÁVEIS PELA ESTRUTURA E METODOLOGIA

Jeanne Pilli e Cesar Augusto Nogueira

APOIO: Tonico Galvão, Alessandro P. Acayaba de Toledo; Tiara Cristina

Neco Odizo; Ricardo Gonçalves Pedro; Marjorie Moojen Canevese Hadlek;

Julio Haruo Hirai.

REVISORA: Melina Souza

PROJETO GRÁFICO, ARTE E DIAGRAMAÇÃO: Rodrigo Thomaz.com

IMPRESSÃO: Stillgraf



Associadas à ANAB: