

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define o tipo de assistência a qual o beneficiário terá direito. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, ambulatorial mais hospitalar com obstetrícia ou sem obstetrícia, hospitalar com ou sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva conhecida como enfermaria ou individual conhecida como quarto / apartamento.
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA	Área em que a operadora se compromete a garantir atendimento para todas as coberturas de assistência à saúde contratada. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios. À exceção da Nacional, é obrigatório a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência.
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme assistencial do plano contrato.
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP) E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	<p>Doenças e lesões preexistentes – DLP, são aquelas que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador no ato da contratação. Sendo constatada pela Declaração de Saúde, perícia médica ou entrevista qualificada a existência de doença ou lesão preexistente a Operadora, caso opte pela não cobertura total, deverá nesse momento oferecer a Cobertura Parcial Temporária – CPT que é a suspensão de até 24 meses das coberturas para os procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia relacionadas às DLPs declaradas. Como alternativa a CPT, é facultado a Operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, para que o beneficiário tenha acesso regular à cobertura total, respeitados os períodos de carência.</p> <p>Nos planos coletivos empresariais com 30 ou mais participantes, não é permitido a aplicação de Cobertura Parcial Temporária –CPT ou agravo, desde que o beneficiário formalize sua inclusão em até 30 dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à empresa contratante.</p> <p>Nos planos coletivos por adesão e permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT ou agravo, independente do numero de participantes.</p>
CARÊNCIA	Período em que o beneficiário não tem direito a cobertura assistencial. Os prazos de carência estabelecidos e de acordo com a Lei 9656/98 são: 24 Horas para urgência e emergência com cobertura ambulatorial, exceto plano Referência que terá cobertura total para urgência e emergência, 30 dias para consultas e exames de rotina, 300 dias para parto e 180 dias para os demais procedimentos. Nos planos coletivos empresariais com 30 ou mais beneficiários não é permitida a exigência de carência, desde que o beneficiário

CARÊNCIA CONTINUAÇÃO	<p>formalize sua inclusão em até 30 dias da celebração do contrato ou de sua vinculação com a Contratante.</p> <p>Nos planos coletivos por adesão não é permitida a exigência de carência, desde que o beneficiário formalize sua inclusão em até 30 dias da celebração do contrato. A cada aniversário do contrato será permitida a inclusão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que os mesmos tenham se vinculado à Contratante após 30 dias da celebração do Contrato e formalizado sua proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato</p>
MECANISMO DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	<p>Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora, somente poderá ocorrer em duas hipóteses: por fraude e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias consecutivos ou não.</p> <p>Nos planos coletivos, as regras de rescisão e suspensão contratual unilateral, são negociadas entre as partes. A rescisão unilateral imotivada somente poderá ocorrer após 12 meses da contratação, mediante notificação com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da Contratante, a Operadora só pode excluir ou suspender a assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda de vínculo de titular ou de dependência.</p>
REAJUSTE	<p>Planos individuais ou familiares dependem de autorização da ANS para efetuarem o reajuste anual.</p> <p>Os planos coletivos não necessitam de autorização da ANS para aplicação do reajuste anual, devendo prevalecer o estipulado no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes, devendo a Operadora, obrigatoriamente, comunicar os reajustes anuais a ANS.</p> <p>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos no contrato.</p>
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do empregado no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao beneficiário o direito de permanência nesse plano coletivo para todo o agrupamento familiar no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. O beneficiário tem o prazo máximo de 30 dias para manifestar seu interesse com a empresa a qual mantinha vínculo. Observadas as regras previstas na Lei e sua regulamentação.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque ANS (0800-701-9656)

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



**Ministério
da Saúde**



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 – Glória – CEP 20.021-040
Rio de Janeiro – RJ

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