

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

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

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantém vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição do beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo e 24 meses no máximo, e proporcional a 1/3 do período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

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

Direito de mudar para plano individual ou familiar aproveitando carências do plano coletivo empresarial Unimed Vale do Aço

Os beneficiários de planos coletivos empresariais Unimed Vale do Aço que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à Unimed Vale do Aço, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa) ou se houver intervalo de pagamento de mensalidade.

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei n.º 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermária. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigências pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei n.º 9.656/1998.

Abrangência Geográfica

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

Rede Assistencial do Plano de Saúde

O beneficiário poderá ter acesso à Rede Assistencial do plano de saúde contratado, através do site: http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=49096

Portabilidade de Carências

É a possibilidade de contratar um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou com uma operadora diferente, e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carências ou de CPT - Cobertura Parcial Temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem. Essa possibilidade vigora para os planos individuais e familiares e para os planos coletivos por adesão, contratados a partir de 02/01/1999 e de acordo com os requisitos estabelecidos pela ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Das Faixas Etárias

Os contratos firmados a partir de janeiro/2004 devem prever as seguintes faixas etárias: 0 a 18 anos / 19 a 23 anos / 24 a 28 anos / 29 a 33 anos / 34 a 38 anos / 39 a 43 anos / 44 a 48 anos / 49 a 53 anos / 54 a 58 anos / 59 anos ou mais.

A variação do preço das mensalidades será estabelecida de acordo com a faixa etária de cada beneficiário. Ocorrendo alteração na idade do beneficiário que importe em deslocamento para a faixa etária subsequente, o valor da contraprestação pecuniária será alterado automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para faixa etária subsequente.

Manteve-se a proibição de fixação de variação de preço da mensalidade superior a seis vezes, do valor verificado entre a última e a primeira faixa estipulada para o plano.

A variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Fica mantida a variação de 6 vezes entre a última e a primeira faixa etária.

Do Reembolso

O beneficiário terá direito ao reembolso, no limite das obrigações do contrato firmado, das despesas efetuadas pelo mesmo com assistência à saúde nos casos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços

próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, dentro da área geográfica de abrangência e de atuação do plano.

Da Remoção

De acordo com a Resolução Normativa n.º 347/2014 da ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar, o referido benefício visa garantir de forma ampla o direito dos beneficiários de planos de saúde, definindo a obrigação direta das operadoras, em assegurar a remoção dos pacientes que possuem plano com cobertura hospitalar.

A regras estabelecidas abrangem tanto a transferência dos pacientes dentro da própria rede credenciada pelo seu plano de saúde ou para remoções de consumidores de planos de saúde que estão na rede pública e desejam ser atendidos na rede credenciada pelo seu plano de saúde.

Padrão de Acomodação

Garantia de acomodação em enfermária (quarto coletivo) ou apartamento (quarto privativo) com banheiro exclusivo nos casos de internação, com garantia de custeio com as despesas com acompanhantes de menores de 18 anos, e acompanhantes de maiores de 60 anos:

Quarto coletivo (enfermaria): Nos planos de saúde contratados com direito a quarto coletivo (enfermaria), as despesas com acompanhante são por conta do associado, exceto nos casos de acompanhante de menores de 18 anos, e acompanhantes de maiores de 60 anos onde as despesas com refeições são por conta da Operadora, sendo admitido o número de 02 a 04 leitos por quarto.

Quarto Privativo (Apartamento): Nos planos de saúde contratados com direito a quarto privativo (apartamento), as despesas com acompanhante são por conta do associado, exceto nos casos de acompanhante de menores de 18 anos, e acompanhantes de maiores de 60 anos onde as despesas com refeições são por conta da Operadora.

Exceção para os casos de pessoas com deficiência e cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

- a) pré-parto;
- b) parto; e
- c) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

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

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO



MANUAL DE BOAS VINDAS

PLANO DE SAÚDE



Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente com a operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado. Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada

(coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial ou por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

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

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei n.º 9.656/1998: 24h para urgência/ emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos	Coletivo Empresarial
		Conforme disposto no Art. 6 da Resolução Normativa 195/2009, não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos
		Coletivo por Adesão
		Conforme disposto no art. 11 da Resolução Normativa 195/2009, não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	<p>Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos, em que haja previsão de cláusula de cobertura parcial temporária, o beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de Doença e/ou Lesão Preexistente, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato. Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem o conhecimento de doença e/ou lesão preexistente, a Operadora imputará a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº. 162/2007. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou leitos em alta tecnologia, relacionados exclusivamente á DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado á operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade para ao plano privado de assistência á saúde para que o mesmo tenha acesso regular á cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº. 162/2007.</p>	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
		Coletivo por Adesão	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.	
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	<p>Conforme disposto no art. 11 da Resolução Normativa 195/2009, não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado á pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.</p>		
REAJUSTE	<p>A ANS define anualmente o índice autorizado para reajuste dos planos médico-hospitalares. Mesmo após essa definição, a operadora só pode aplicar esse reajuste após avaliação e autorização expressa da Agência. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº. 63/2003.</p>	<p>Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes á ANS.</p> <p>O beneficiário deverá ficar atento á periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano.</p> <p>Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. No entanto, caso o seu contrato coletivo possua menos de 30 beneficiários, fique atento! O reajuste que o seu contrato receber deverá ser igual ao reajuste dos demais contratos com menos de 30 beneficiários da mesma operadora, dentro do chamado Agrupamento de Contratos (ou Pool de Risco). O índice de reajuste aplicado a todos estes contratos deverá ser divulgado pela própria operadora em seu site na internet no mês de maio de cada ano, ficando vigente até abril do ano seguinte e podendo ser aplicado a cada contrato nos seus respectivos meses de aniversário. Verifique, anualmente, junto à pessoa jurídica contratante de seu plano, a quantidade de beneficiários vinculados ao seu contrato. Desta forma, você saberá se, no ano seguinte, seu contrato entrará, ou não, no agrupamento para receber o reajuste destinado a contratos com menos de 30 beneficiários.</p> <p>Mas há exceções em que o contrato coletivo que possui menos de 30 beneficiários não faz parte do Agrupamento de Contratos. As exceções são: contratos de plano exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados; contratos de planos com formação de preço pós-estabelecido; e contratos firmados antes de 1º de janeiro de 2013 e não aditados para contemplar a RN nº 309/2012, por opção da pessoa jurídica contratante.</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 em contrato e atendendo a RN nº. 63/2003.</p>	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada em ambas as partes e tem renovação automática.	
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	<p>Nos planos individuais ou familiares a rescisão unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.</p> <p>Antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses é facultado ao beneficiário titular denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida a CONTRATADA, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor da mensalidade que seriam devidas até o término do citado prazo.</p>	<p>Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.</p> <p>A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.</p> <p>Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência á saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.</p>	