

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 nº. 9.656/1998: 24h para urgência/ emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos	Coletivo Empresarial
		Com 30 participantes ou mais
		Com menos de 30 participantes
		Coletivo por Adesão
Cobertura Parcial Temporária (CPT)	Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. 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 à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade para ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº. 162/2007.	Coletivo Empresarial
		Com 30 participantes ou mais
		Com menos de 30 participantes
		Coletivo por Adesão
Mecanismos de Regulação	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.
Reajuste	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº. 63/2003.	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº. 63/2003
Vigência	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
Regras de Rescisão e/ou Suspensão	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	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. 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. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

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. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do beneficiário decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto 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 à 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 migrar para plano individual ou familiar aproveitando carências do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais 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 beneficiário, para contratar, junto à operadora, 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 e odontológica. 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 enfermaria. 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 a saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

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

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

Administradora de Benefícios

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

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

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

Obs: Link Guia Médico.

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

A ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar alterou as faixas etárias para os contratos celebrados após a vigência do Estatuto do Idoso (janeiro/2004). Assim, os contratos firmados a partir de janeiro/2004 ou contratos firmados até dezembro/1998 que foram adaptados à Lei dos planos de saúde, 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.

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 (500%) 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 nº. 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 enfermaria (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.

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