

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os consumidores 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 consumidor tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o consumidor 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 consumidor. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermagem. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é opcional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o consumidor 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, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios. É importante que o consumidor fique atento a esta informação, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

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 consumidor 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 de 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 coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o consumidor deve contatar sua operadora. Permanecendo as dívidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

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



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

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

MPS-NOVEMBRO/2009



Operadora: Ameplan Assistência Médica Planejada
CNPJ: 67.839.969/0001-21
Nº de registro na ANS: 39.473-4
Site: <http://www.ameplansaude.com.br>
Tel.: 5633-4690

ANS - nº 39.473-4

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio consumidor quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o consumidor ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional ou sindicato (coletivo por adesão), neste caso a vinculação classista deve ser comprovada documentalmente.

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 consumidor antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade de interesses com a 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 prazo de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial		
		<table border="1"><tr><td>Com 30 participantes ou mais</td><td>Não é permitida a aplicação de carência, Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o seu pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data do início da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante, a partir da vigência da Resolução Normativa da ANS nº 195 de 14/07/09, reformada pela Resolução Normativa nº 200 de 13/08/09.</td></tr><tr><td>Com menos de 30 participantes</td><td>É permitida a exigência de cumprimento de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei.</td></tr></table>	Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de carência, Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o seu pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data do início da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante, a partir da vigência da Resolução Normativa da ANS nº 195 de 14/07/09, reformada pela Resolução Normativa nº 200 de 13/08/09.
Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de carência, Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o seu pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data do início da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante, a partir da vigência da Resolução Normativa da ANS nº 195 de 14/07/09, reformada pela Resolução Normativa nº 200 de 13/08/09.			
Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei.			
		Coletivo por Adesão		
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o consumidor 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 consumidores 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.		

Coletivo Empresarial		Coletivo por Adesão	
Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, 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	E permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.
Sendo constatado no ato da contratação que o consumidor tem conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), conforme Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória a operadora deverá oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultada à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. Caso a operadora opte pelo não oferecimento da CPT ou Agravo a cobertura será total para a DLP. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo consumidor sem prévia autorização da ANS, que só se dá após processo administrativo em que o consumidor é ouvido.		Fator Moderador, Autorizações prévias, Perícias Profissionais e Direcionamento a Prestadores para Serviços ou Procedimentos	
É importante que o consumidor verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de pericia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.		Reajuste	
Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste. 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 consumidor 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 consumidor ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes aplicados nos contratos coletivos.		Alterações na rede assistencial do plano	
Vigência		Regras de Rescisão E/ou Suspensão	

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 consumidor no pagamento da mensalidade, é assegurado ao mesmo o direito de permanência no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No

caso de morte, demissão ou aposentadoria do titular, é assegurada a permanência do grupo familiar. O consumidor 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 consumidor assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de consumidor do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o consumidor 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.