5ª edição | Agosto, 2019.

GUIA DO CONSUMIDOR DE PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS.

Edição especial em comemoração aos 10 anos

das RNs 195 e 196 da ANS, que regulamentaram os planos de saúde coletivos e as Administradoras de Benefícios.

anab
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS
ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS

Temas

02 Introdução
10 Administradoras de Benefícios
18 Aposentados
26 Atrasos de Pagamento e Inadimplência
28 Carências e Cobertura parcial temporária (CPT)
34 Coberturas (Procedimentos Médicos)
44 Contratação
52 Contratação Eletrônica
58 Coparticipação e Franquia
60 Demitidos
68 Doenças e lesões preexistentes
72 Estagiários, Contratados Temporários e Menores Aprendizes
74 Exclusão a pedido do beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão
82 Exclusão e rescisão de contrato
86 Falso coletivo
88 Fiscalização
90 Inclusão
94 Internação Domiciliar *(Home Care)*
96 Junta médica e odontológica
102 Medicamento
104 Mensalidade do Plano de Saúde
106 Negativa de Atendimento
110 Perda do Benefício de Plano de Saúde Coletivo
112 Portabilidade ou alteração de plano
122 Prazos de Atendimento
124 Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças
132 Reajuste
138 Rede Credenciada ou Referenciada
142 Transparência da informação
148 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 47.2 milhões de consumidores que possuem planos privados de saúde contratados no País, cerca de 37.9 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 à demanda. Os planos de saúde coletivos foram, então, a solução adotada pelas empresas para assegurar assistência médica aos seus empregados e familiares. Reconhecidos como um dos benefícios não financeiros mais importantes para os trabalhadores foram, aos poucos, disseminando-se e tornaram-se cláusula quase obrigatória das negociações trabalhistas.

Os tipos de contratação de planos de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão foram definidos pela Lei nº 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 entidades 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, essas Administradoras 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.

Ocorre que em 2015 a saúde suplementar apresentou um cenário bastante diferente dos anos anteriores. O setor vive a sua maior crise, desde que foi regulamentado pela Lei nº 9.656, em 1998. Em 12 meses, mais de 1,5 milhão de pessoas deixaram de ser usuários de planos de saúde. O encolhimento desse setor, certamente, reflete a crise econômica do país e seus 11 milhões de desempregados.

Não há quem discorde que o momento é de repensar o sistema. No entanto, a questão é equalizar os interesses. Não à toa, a agenda da agência reguladora do setor se ocupa, neste momento, tanto de discutir novas formas de remunerar os serviços prestados pelas operadoras para promover saúde, quanto de novos modelos de planos para diversificar a oferta.

Em geral, a cada R$ 100 recebidos pelas operadoras de planos de saúde, R$ 85 são gastos com assistência médica. Descontados ainda os impostos e despesas administrativas. A sustentabilidade é afetada ainda pelo envelhecimento da população.

A crise econômica no País tem afetado muitos brasileiros, porém as pessoas que integram o grupo dos "sem-cartão-de-ponto", aqueles que foram desligados de suas funções, têm uma preocupação a mais, além, é claro, de voltar ao mercado de trabalho. O que fazer com o meu plano de saúde? Como mantê-lo? Estou desassistido? Essas são algumas das dúvidas de muitos desempregados e até mesmo de recém-aposentados.

Registradas na ANS, dotadas de adequada infraestrutura e de um enorme conhecimento técnico relacionado à legislação e regulamentação de saúde suplementar, as Administradoras de Benefícios podem ajudar a minimizar essa angustia e encontrar alternativas.

Tanto os aposentados como aqueles que foram demitidos sem justa causa e que contribuíram, total ou parcialmente, para o pagamento da mensalidade do plano de saúde coletivo empresarial, têm garantido o direito de manter seu benefício nas mesmas condições e as Administradoras de Benefícios podem ajudar a empresa a orientar e gerir o plano de inativos.

Uma segunda alternativa disponível no mercado para esse grupo é a contratação de um plano de saúde coletivo por adesão.

Com a exigência do vínculo associativo, o contrato é estabelecido entre a operadora do plano de saúde e a entidade representativa que pode ser auxiliada pelas Administradoras de Benefícios na escolha do melhor plano para seus associados e na gestão do benefício, inclusive na hora de negociar tecnicamente o melhor índice de reajuste possível frente ao percentual inicialmente apresentado pela operadora do plano de saúde, pois com um número elevado de associados em um mesmo contrato, os custos de manutenção do plano são reduzidos e tornam o plano de saúde coletivo por adesão uma alternativa econômica e segura para os consumidores, especialmente em tempos de crise.

A Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB) foi constituída em 2010 com a missão de representar as empresas dessa 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 de maneira resumida e didática as principais normas que regulamentam o setor, bem como as garantias e vantagens que essas normas 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.

Panorama legal e regulatório do setor:

Aplicam-se à saúde suplementar os seguintes conjuntos de Leis:

- Lei n° 9.656/1998 e suas alterações (45 Medidas Provisórias reeditadas entre 1998 e 2001) - Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde;
- Lei n° 9.961/2000 - Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- Lei n° 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente;
- Lei n° 8.078/1990 - Código de Defesa do Consumidor (CDC);

- Lei n° 10.185/2001 - Dispõe sobre as Seguradoras Especializadas em Saúde;
- Lei n° 10.223/2001 - Obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora de mama nos casos de câncer;
- Decreto n° 4.044/2001 - Dispõe sobre o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU);
- Lei n° 10.741/2003 - Estatuto do Idoso;
- Lei n° 11.935/2009 - Obrigatoriedade de cobertura nos casos de emergência, urgência e planejamento familiar;
- Lei n° 12.469/2011 - Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- Lei n° 12.738/2012 - Obrigatoriedade de fornecimento de bolsa de colostomia, ileostomia e urostomia, de coletor de urina e de sonda vesical pelos planos de saúde;
- Lei n° 12.764/2012 - Dispõe sobre a proteção e o direito da pessoa com transtorno do espectro autista;
- Lei n° 12.880/2013 - Inclusão de tratamentos antineoplásicos de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, como cobertura obrigatória dos planos de saúde;
- Lei n°13.003/2014 - Obrigatoriedade da existência de contratos escritos entre as operadoras de planos de saúde e seus prestadores de serviços;
- Lei n° 13.127/2015 - Regra específica para Autogestões;
- Lei N°13.146/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Além disso, foram publicadas 812 normas infralegais distribuídas assim:

- 26 Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) – Ministério da Saúde
- 95 Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC) – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
- 444 Resoluções Normativas (RN) – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
- 216 Instruções Normativas (IN) – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
- 31 Súmulas Normativas – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Administradoras de Benefícios

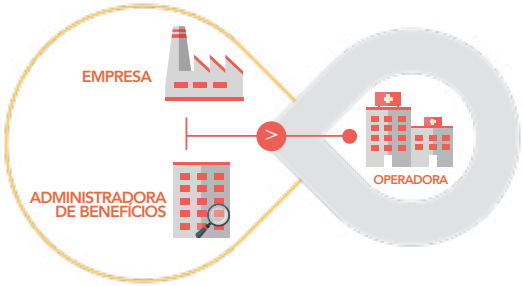
O que são Administradoras de Benefícios?

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.

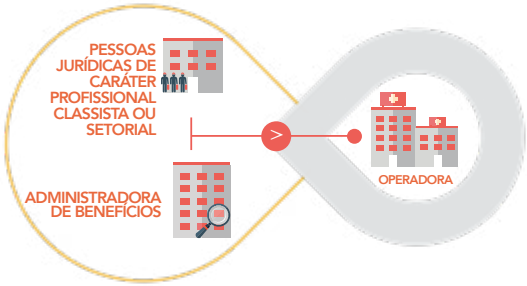
Por serem especializadas em planos de saúde coletivos, as Administradoras de Benefícios ampliam ainda mais o poder de negociação desses contratantes, na medida em que eles passam a ter maior compreensão sobre os direitos garantidos pela legislação que rege o setor, além de poderem contar com o suporte 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 de caráter profissional, classista ou setorial que representam uma determinada população a elas vinculadas, 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 7.395/85 e Lei 7.398/85.

Artigo 9º da RN 195/2009 ANS, Lei 7.395/85 e Lei 7.398/85

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 e nem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de assistência à 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.

Artigos 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.

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 Administradora 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;
- prestar informações acerca dos direitos previstos na legislação de saúde suplementar para consumidores de planos de saúde coletivos;
- verificar os critérios de elegibilidade definidos pela empresa ou entidade representativa;
- 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 de beneficiários: 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 informar a 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 e aos consumidores?

Para as empresas ou entidades representativas: Ao gerenciar e assumir todas as obrigações financeiras, operacionais e comerciais do plano de saúde, a Administradora de Benefícios desonera a Entidade e a auxilia a cumprir seu papel assistencial.

Para os consumidores: Pelo volume de vidas concentradas em um contrato coletivo, a Administradora de Benefícios tem poder de negociação junto à Operadora de Planos de Saúde, favorecendo a obtenção de melhores condições de cobertura, preço e reajuste.

Alguns Mitos e Verdades sobre as Administradoras de Benefícios:

MITO: Os planos coletivos por adesão podem ser contratados somente por meio de uma Administradora de Benefícios.

VERDADE: Os planos coletivos por adesão podem ser contratados de duas formas: por meio de uma Administradora de Benefícios, figurando como estipulante do contrato, e também por meio da relação direta entre uma Pessoa Jurídica e a Operadora de Planos de Saúde.

Artigo 23 da RN 195/2009 e Artigo 5° da RN 196/2009 ANS

MITO: As Administradoras de Benefícios não possuem responsabilidade financeira junto às Operadoras de Planos de Saúde e Pessoas Jurídicas contratantes.

VERDADE: Na condição de estipulante, as Administradoras de Benefícios assumem o risco da inadimplência da Pessoa Jurídica contratante, vinculando ativos garantidores* junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Artigo 23, inciso III da RN 195/2009 e Artigo 5° da RN 196/2009 ANS

Ativos Garantidores Vinculados: É a parte dos ativos garantidores que está vinculada à ANS por meio de centrais de custódia, fundo de investimento dedicado ao setor de saúde suplementar ou averbação em cartório competente e cuja movimentação ou desvinculação está sujeita à aprovação prévia, conforme a regulamentação do sistema de saúde suplementar.

Artigo 4°, inciso II da RN 392/2015 ANS

MITO: As Administradoras de Benefícios não são passíveis de sanções por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

VERDADE: As Administradoras de Benefícios são passíveis de sanções impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Artigo 1°, §2° da RN 124/2006 ANS

MITO: Os reajustes dos planos coletivos por adesão são de exclusiva responsabilidade das Administradoras de Benefícios.

VERDADE: Os reajustes dos planos coletivos por adesão são definidos e aplicados pelas Operadoras de Planos de Saúde. Cabe à Administradora de Benefícios prestar apoio técnico na discussão do reajuste com vistas a buscar as melhores condições para o beneficiário, sem desconsiderar a viabilidade do contrato com a Operadora.

MITO: Os planos coletivos por adesão são comercializados sem informações detalhadas.

VERDADE: As Administradoras de Benefícios devem, como parte dos procedimentos para contratação, entregar ao beneficiário o Manual de Orientação para Contratação dos Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, com informações conforme regulamentação específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Artigo 24 da RN 195/2009 ANS

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 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 de serviços de assistência médica.

Artigo 31 da Lei 9.656/1998 e §1° do Artigo 6° 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 de 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 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 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.

Além disso, não se pode excluir a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário.

Artigo 31, § 2º da Lei 9.656/1998 e Artigo 7º da RN 279/2011 ANS

Caso o empregado que se aposentou venha a falecer, continua o direito dos dependentes ao plano de saúde coletivo empresarial?

Sim. Em caso de morte do titular é assegurado o direito de permanência aos dependentes cobertos pelo plano de saúde coletivo empresarial.

Artigo 31, § 2º da Lei 9.656/1998 e Artigo 8º 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.

Desta 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.

Artigos 15 e 16 da RN 279/2011 ANS

Atenção, dica ANAB:

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

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 9.656/98 e Artigo 26 da 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.

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 5° da RN 196/2009 ANS

Atenção, dica ANAB:

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

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 (vinte e quatro) horas;
- partos a termo, excluídos os partos prematuros – 300 (trezentos) dias;
- demais situações – 180 (cento e oitenta) 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 pela 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 (trinta) participantes, a Operadora de Plano de Saúde poderá exigir os prazos de carências definidos na Lei 9.656/98, quais sejam: 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência; 180 (cento e oitenta) dias para internação; e 300 (trezentos) 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 ingressar 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, independente 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 esta data, a Operadora de Plano de Saúde poderá exigir os prazos de carências definidos na Lei 9.656/98, quais sejam: 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência; 180 (cento e oitenta) dias para internação; e 300 (trezentos) 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 (vinte e quatro) meses, contado a partir da data da 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 (trinta) participantes, a Operadora de Plano de Saúde poderá 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 CPT 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 de saúde, individuais ou coletivos, firmados a partir de 02 de janeiro de 1999, revisado a cada 2 (dois) anos para incluir novos tratamentos aos quais todos os consumidores passam a ter direito.

O último rol foi atualizado em novembro de 2017 e a partir de janeiro de 2018, os consumidores passarão a ter direito a mais 18 (dezoito) novos procedimentos, entre exames, terapias e cirurgias que atendem diferentes especialidades e a ampliação de cobertura para outros 7 (sete) procedimentos, tais como os listados abaixo:

- 8 (oito) medicamentos orais para tratamento de cânceres (pulmão, melanoma, próstata, tumores neuroendócrinos, mielofibrose e leucemia (afatinibe, crizotinibe, dabrafenibe, enzalutamida, everolimo, ruxolitinibe, ibrutinibe e tramatinibe);
- 1 (um) exame PET-CT para diagnóstico de tumores neuroendócrinos;
- Medicamento imunobiológico para tratamento de esclerose múltipla (natalizumabe);
- Quimioterapia com antiangiogênico e tomografia de coerência óptica para tratamento do edema macular secundário, retinopatia diabética, oclusão de veia central da retina e oclusão de ramo de veia central da retina;

- Radiação para tratamento do ceratocone;
- Cirurgia laparoscópica para tratamento de câncer de ovário (debulking);
- Cirurgia laparoscópica para restaurar o suporte pélvico (prolapso de cúpula vaginal);
- Cirurgia laparoscópica para desobstrução das tubas uterinas;
- Cirurgia laparoscópica para restaurar a permeabilidade das tubas uterinas;
- Endoscopia para tratamento do refluxo vesicoureteral, doença relacionada a infecções urinárias;
- Terapia imunoprofilática contra o vírus sincicial respiratório (palivizumabe).

Além do rol de procedimentos, a Lei 9.656/1998 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, planejamento familiar e emergência e urgência.

Artigo 10-A, Artigo 10-B e Artigo 35-C da Lei 9.656/1998, Lei 10.223/2001, Lei 11.935/2009, Lei 12.738/2012, Lei 12.880/201 e RN 428/2017 ANS

Atenção, dica ANAB:

Nos contratos coletivos, as Administradoras de Benefícios podem auxiliar as empresas, os órgãos públicos ou 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 para 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 acima elucidadas, e o consumidor seja obrigado a arcar com os custos do transporte, a Operadora deverá reembolsá-lo integralmente, em até 30 (trinta) dias.

Artigos 6º, 7º-A 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.

Artigo 1º, §1º, inciso I da 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.

Quais os canais de atendimento disponibilizados ao consumidor para informações e orientações sobre o procedimento e/ou serviço assistencial solicitado?

A Operadora de Plano de Saúde deve disponibilizar atendimento presencial, indicando os endereços disponíveis para atendimento ao consumidor e atendimento telefônico, contendo número da respectiva central de atendimento. Já o atendimento via internet é facultativo.

Artigo 5º da RN 395/2016 ANS

Qual é o prazo que a Operadora de Plano de Saúde possui para o atendimento das solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelo consumidor?

Caso não seja possível fornecer resposta imediata, a Operadora de Plano de Saúde terá o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para apresentá-la diretamente ao consumidor.

Artigo 9º da RN 395/2016 ANS

O consumidor internado possui direito a acompanhante?

Nos casos de internação de criança ou adolescente os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável.

Também é assegurado o direito a acompanhante à pessoa com deficiência e aos idosos, internados ou em observação, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral.

Artigo 12 da Lei 8.069/1990, Artigo 16 da Lei 10.741/2003 e Artigo 22 da Lei 13.146/2015

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 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 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 com a entidade 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?

A 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 7.395/85 e Lei 7.398/85.

Artigo 9º RN 195/2009 ANS, Lei 7.395/85 e Lei 7.398/85

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 consumidor esteja vinculado a uma das pessoas jurídicas que podem contratar um plano coletivo por adesão. O autônomo deve procurar uma entidade que represente a sua categoria e verificar quais condições de associação, bem como quais 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 a elas se vincular e, consequentemente, 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, 1 (um) ano.

Artigo 10 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 consumidor 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 médicas em número ilimitado, exames complementares e outros procedimentos realizados em ambulatórios, consultórios e clínicas. Cobre também atendimentos e procedimentos caracterizados como urgência e emergência até as primeiras 12 (doze) 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 Unidade de Tratamento Intensivo (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 (trinta) 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 (trinta) dias após o nascimento.

Plano referência é o que foi 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

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

Contratação Eletrônica

É possível contratar um plano de saúde coletivo por meio eletrônico?

Sim. A contratação do plano de saúde coletivo empresarial ou por adesão também poderá ser realizada por meio eletrônico, mediante acesso ao site da Operadora de Planos de Saúde ou da Administradora de Benefícios, caso estas disponibilizem este serviço.

Artigo 2º da RN 413/2016 ANS

Como é realizada a assinatura do consumidor nesses casos?

As Operadoras de Planos de Saúde ou Administradoras de Benefícios que comercializem planos por meio eletrônico deverão disponibilizar ao consumidor as seguintes formas de assinatura: certificação digital; login e senha; identificação biométrica; assinatura eletrônica certificada ou qualquer outra forma de assinatura que assegure sua autenticidade e seja legalmente permitida.

Artigo 7º, § 1º da RN 413/2016 ANS

A Operadora de Planos de Saúde ou Administradora de Benefícios deverá disponibilizar número de protocolo para acompanhamento pelo consumidor?

O sistema eletrônico da Operadora de Planos de Saúde ou da Administradora de Benefícios deverá gerar o número de protocolo da contratação.

Ademais, este número de protocolo também deverá ser enviado ao e-mail cadastrado pelo consumidor, com esclarecimentos sobre todas as etapas da contratação eletrônica.

Artigo 5°, § 1° da RN 413/2016 ANS

Qual será o prazo para a conclusão da contratação realizada pela internet?

A Operadora de Planos de Saúde ou Administradora de Benefícios terá o prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para concluir o processo de contratação e disponibilizar as opções de pagamento ao consumidor. Este prazo será contado a partir do primeiro dia em que todos os documentos e informações forem fornecidas pelo consumidor.

Artigo 5°, §§ 2° e 3° da RN 413/2016 ANS

O que acontece se a Operadora de Planos de Saúde ou Administradora de Benefícios não cumprirem o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para a conclusão da contratação realizada pela internet?

O contrato do plano de saúde entrará em vigor automaticamente a partir do 26° (vigésimo sexto) dia, independentemente da ocorrência de pagamento pelo consumidor e sem a possibilidade de alegação de doença ou lesão preexistente.

Artigo 5°, § 6° da RN 413/2016 ANS

O prazo para conclusão poderá ser suspenso em alguma hipótese?

O prazo para conclusão do processo de contratação poderá ser suspenso nas seguintes hipóteses:

- Caso seja necessário realizar perícia ou entrevista qualificada e o consumidor não comparecer na data agendada;

- Caso seja necessário fornecer outros documentos e o consumidor não observar o prazo de até 5 (cinco) dias úteis, a contar da solicitação.

Em caso de necessidade de perícia ou entrevista qualificada, a Operadora de Planos de Saúde deverá fornecer ao consumidor ao menos 3 (três) opções de data e horário, dentro do prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias previstos para a conclusão do processo de contratação.

Artigo 5°, §§ 4°, 5°, 7° da RN 413/2016 ANS

Quando deverá ser realizado o pagamento da primeira mensalidade?

A disponibilização do pagamento ocorrerá ao final do processo de contratação, após declaração de ciência e concordância do consumidor quanto aos termos de seu contrato.

Artigo 6°, § 1° da RN 413/2016 ANS

Qual será a data de início de vigência do plano de saúde coletivo contratado pela internet?

A data de início de vigência será o dia do efetivo pagamento da primeira mensalidade, exceto se no contrato houver estipulação em contrário.

No caso de plano coletivo na modalidade pós-pagamento, a vigência do contrato iniciará a partir da finalização do processo de contratação.

Artigo 6°, §§ 2°, 3° e 4° da RN 413/2016 ANS

Existe possibilidade de arrependimento e solicitação de rescisão pelo consumidor?

Sim. O consumidor poderá exercer seu direito de arrependimento e rescindir o contrato unilateralmente no prazo de 7 (sete) dias, contados da data de início de vigência do contrato.

Artigo 8° da RN 413/2016 ANS

Haverá ônus para o consumidor que exercer o direito de arrependimento?

A rescisão sem ônus está condicionada a não utilização do plano pelo titular do plano de saúde ou seus dependentes.

Em caso de utilização, a Operadora de Planos de Saúde poderá cobrar o custeio dos procedimentos efetuados, até o limite do valor da multa rescisória prevista contratualmente.

Artigo 8°, §§ 1° e 2° da RN 413/2016 ANS

Atenção, dica ANAB:

As Administradoras de Benefícios podem prestar todo auxilio necessário aos consumidores no momento da contratação eletrônica, seja para esclarecer dúvidas quanto ao sistema eletrônico, bem como para prestar orientação a respeito dos documentos que devem ser apresentados.

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, inciso VII e Artigo 3º, inciso II 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 o 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.

Artigo 2º, incisos VII e VIII e Artigo 3º, inciso I 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 da Lei 9.656/1998 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.

Além disso, não se pode excluir a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do demitido ou exonerado sem justa causa no período de manutenção da condição de beneficiário.

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

Caso o ex-empregado venha a falecer, continua o direito dos dependentes ao plano de saúde coletivo empresarial?

Sim. Em caso de morte do titular é assegurado o direito de permanência aos dependentes cobertos pelo plano de saúde coletivo empresarial.

Artigo 30, § 3º da Lei 9.656/1998 e Artigo 8º 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.

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 ao 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 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

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.

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 concede este benefício a seus empregados ativos e inativos .

Art. 31 da Lei 9.656/98 e Artigo 26 da 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 ou Lesões Preexistentes

O que são doenças ou lesões preexistentes?

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

Artigo 2º da RN 162/2007 ANS

Como se deve proceder na hora de declarar doenças ou 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

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.

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:
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 Aprendizes

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 RN 195/2009 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 a pedido do beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão

No caso de contrato coletivo empresarial, como o beneficiário pode solicitar a exclusão do plano?

O beneficiário titular poderá solicitar à pessoa jurídica contratante, por qualquer meio, a sua exclusão ou de dependente de contrato de plano de saúde coletivo empresarial.

A pessoa jurídica contratante deverá cientificar a Operadora de Plano de Saúde em até 30 (trinta) dias do pedido de exclusão feito a ela e caso não tenha feito a comunicação de exclusão à Operadora de Plano de Saúde, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente a Operadora.

A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela Operadora de Plano de Saúde, que deverá fornecer ao beneficiário titular o comprovante de recebimento da solicitação de exclusão.

Artigos 7º e 9º da RN 412/2016 ANS

E nos casos de contrato coletivo por adesão, como deve ser feita a solicitação de exclusão?

Neste caso, o beneficiário titular poderá solicitar a sua exclusão ou de beneficiário dependentes do contrato à pessoa jurídica contratante; à Administradora de Benefícios, quando figurar no contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a Operadora de Plano de Saúde; ou à própria Operadora de Plano de Saúde.

As solicitações recebidas por pessoas jurídicas contratantes ou Administradoras de Benefícios deverão ser encaminhadas às Operadoras de Plano de Saúde para adoção das providências cabíveis.

Nas solicitações recebidas pelas Operadoras de Planos de Saúde ou Administradoras de Benefícios a exclusão pleiteada terá efeito imediato e deverão fornecer ao beneficiário o comprovante de recebimento da solicitação de exclusão.

O pedido de exclusão feito às Administradoras de Benefícios e Operadoras de Planos de Saúde poderá ser realizado: presencialmente; por atendimento telefônico ou pela página na internet.

Artigo 11 da RN 412/2016 ANS

Quando a exclusão começa a valer?

Em todas as hipóteses de solicitação, a exclusão passa a ser imediata e irrevogável a partir da data da ciência pela Operadora de Plano de Saúde ou Administradora de Benefícios

Artigo 15, inciso II da RN 412/2016 ANS

Atenção, dica ANAB:

As Administradoras de Benefícios deverão disponibilizar em seu site a possibilidade do consumidor efetuar a solicitação de exclusão.

De acordo com a nova regulamentação da ANS, as Operadoras de Planos de saúde e Administradoras de Benefícios devem informar os beneficiários sobre as implicações desta forma de exclusão?

Sim. No ato da solicitação, a Operadora de Plano de Saúde e a Administradora de Benefícios deve informar o beneficiário sobre as regras em quaisquer canais em que haja atendimento. Além disso, todas estas informações devem ser disponibilizadas pelas Operadoras de Plano de Saúde e Administradoras de Benefícios em seus sites, em campo específico e de fácil visualização pelos beneficiários.

Ademais, essas informações também devem constar no comprovante de recebimento da solicitação de exclusão de beneficiário a ser fornecido pela Administradora de Benefícios.

Artigos 16 e 17 da RN 412/2016 ANS

O que acontece se o beneficiário quiser adquirir novo plano de saúde após a exclusão do plano vigente?

A destinatária do pedido de exclusão, seja a Operadora de Plano de Saúde seja a Administradora de Benefícios, deverá prestar de forma clara e precisa as seguintes informações ao beneficiário que quiser adquirir novo plano:

- poderá acarretar no cumprimento de novos períodos de carência;
- perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido;
- preenchimento de nova declaração de saúde e, caso haja doença ou lesão preexistente (DLP), no cumprimento da Cobertura Parcial Temporária (CPT), que determina, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos; e
- perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar.

Artigo 15, inciso I da RN 412/2016 ANS

Em caso de exclusão a pedido pelo beneficiário, como ficam as contraprestações pecuniárias vencidas e coparticipações devidas?

Nas Contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de exclusão do plano de saúde, são de responsabilidade do beneficiário.

Artigo 15, inciso III da RN 412/2016 ANS

Se o beneficiário utilizar serviços após a exclusão deve arcar com os custos?

Sim. Qualquer utilização de serviço após da data da solicitação da exclusão do plano de saúde, inclusive em casos de urgência e emergência, deve ser paga pelo beneficiário.

Artigo 15, inciso IV da RN 412/2016 ANS

Qual o prazo que a Operadora de Plano de Saúde e Administradora de Benefícios possuem para a entrega do comprovante da efetiva exclusão ao beneficiário?

A partir do fornecimento do comprovante de recebimento da solicitação de exclusão, a Operadora de Plano de Saúde ou a Administradora de Benefícios tem o prazo de 10 (dez) dias úteis para encaminhar o comprovante do efetivo cancelamento do contrato, por qualquer meio que assegure sua ciência.

Deverá constar, também, neste comprovante as eventuais cobranças de serviços pela Operadora de Plano de Saúde ou a Administradora de Benefícios.

Artigos 18 e 19 da RN 412/2016 ANS

O beneficiário pode solicitar a exclusão em qualquer tempo, ainda que o contrato esteja em vigência?

Sim. A exclusão do beneficiário independe do adimplemento contratual.

Artigo 21 da RN 412/2016 ANS

O beneficiário poderá solicitar a exclusão do plano de saúde coletivo sem anuência da pessoa jurídica contratante?

Sim. As Operadoras de Plano de Saúde e Administradoras de Benefícios poderão efetuar a exclusão de beneficiário em plano de saúde coletivo, conforme solicitado, sem a anuência da pessoa jurídica contratante.

Artigo 23 da RN 412/2016 ANS

Como será feita a solicitação de exclusão de beneficiário por meio do site da Operadora de Plano de Saúde ou Administradora de Benefícios?

O beneficiário deverá solicitar na área do Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS).

Artigo 27-A da RN 412/2016 ANS

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.

Artigos 17 e 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.

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 com entidades de caráter profissional, classista ou setorial, empresa e órgãos públicos.

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 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 e Lei 9.656/1998

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 7.395/85 e Lei 7.398/85.

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 9.656/98, Artigo 7º da RN 196/2009 ANS, Artigo 5º da Lei 12.764/2012 e Artigo 20 da Lei 13.146/2015

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 esta 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 Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 11/2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que regulamenta, tecnicamente, a prestação dessa atividade.

Artigo 14 da RN 387/2015 ANS e RDC 11/2006 ANVISA

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.

Junta Médica ou Odontológica

O que é Junta Médica ou Odontológica?

É uma junta formada por profissionais médicos ou cirurgiões-dentistas sempre que houver divergência entre a Operadora de Planos de Saúde e o profissional de saúde que assiste ao beneficiário, quanto à indicação de realização de um determinado procedimento ou da utilização de tipos específicos de órteses, próteses ou outros materiais especiais, podendo ocorrer na modalidade:

a) presencial, quando se fizer necessária a presença do beneficiário junto ao profissional médico ou cirurgião-dentista; ou

b) à distância, na hipótese em que não for necessária a presença do beneficiário junto ao profissional médico ou cirurgião-dentista.

A junta médica ou odontológica será formada por três profissionais: o Assistente, o da Operadora de Plano de Saúde e o Desempatador.

Artigo 2º, inciso II e Artigo 6º, § 1º da RN 424/2017 ANS

Qual a diferença entre Profissional Assistente, Profissional da Operadora de Plano de Saúde e Desempatador?

Profissional assistente: médico ou cirurgião-dentista que:

a) solicitou o procedimento ou evento em saúde a ser coberto pela Operadora de Plano de Saúde; ou

b) será o responsável pela execução do procedimento.

Profissional da Operadora de Plano de Saúde: médico ou cirurgião-dentista designado pela Operadora de Planos de Saúde.

Desempatador: o terceiro membro da junta médica ou odontológica, cuja opinião clínica decidirá a divergência técnico-assistencial, podendo ser profissional médico ou cirurgião-dentista ou os respectivos conselhos profissionais.

Artigo 2º, incisos III, IV e V da RN 424/2017 ANS

Em que casos não se admite Junta Médica ou Odontológica?

A Junta Médica ou Odontológica não se admite nos seguintes casos:

- urgência ou emergência;
- procedimentos ou eventos não previstos nem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nem no instrumento contratual;
- indicação de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) utilizados exclusivamente em procedimento não coberto pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, exceto nos casos de procedimentos que sejam garantidos pelo contrato, ainda que não previstos no Rol; ou
- indicação de OPME ou medicamento sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ou para uso não constante no manual, instrução de uso ou bula (off label), exceto quando:

a) a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e

b) a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento pelo SUS dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

Artigo 3º da RN 424/2017 ANS

Qual o prazo para a realização do procedimento ou evento em saúde caso exista junta médica ou odontológica?

Se houver junta médica ou odontológica, o prazo para a realização do procedimento ou para a apresentação do parecer técnico conclusivo do desempatador que indica a não realização do procedimento, não poderá ultrapassar os prazos de garantia de atendimento, conforme previsto na RN 259/2011 ANS.

Artigo 4º, § 1º da RN 424/2017 ANS

Nesses casos poderá haver suspensão dos prazos de garantia de atendimento?

Sim. Os prazos da garantia de atendimento serão suspensos, uma única vez, por 3 (três) dias úteis quando o desempatador solicitar exames complementares, bem como na ausência comunicada do beneficiário à junta presencial.

Artigo 4º, §§ 2º e 3º da RN 424/2017 ANS

Como serão as notificações entre Operadora de Plano de Saúde, Profissional Assistente, Desempatador e Beneficiário?

As notificações poderão se dar por meio de Aviso de Recebimento (AR), telegrama, protocolo assinado pelo profissional assistente ou seu subordinado hierárquico, ligação gravada, por e-mail com aviso de leitura ou outro veículo de comunicação que comprove sua ciência inequívoca.

Artigo 5º da RN 424/2017 ANS

Medicamento

O plano de saúde coletivo é obrigado a fornecer medicamentos em quais 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 ou não regularizado 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 para tratamento domiciliar, exceto aqueles para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos), bem como os antineoplásicos orais e medicamentos para o controle dos efeitos adversos e adjuvantes do tratamento com os antineoplásicos, com preferência para os genéricos e os fracionados.

Artigo 20 da RN 387/2015 ANS

Mensalidade do Plano de Saúde

Poderão ser cobrados valores diferenciados para o consumidor idoso ou com deficiência?

São vedadas todas as formas de discriminação contra a pessoa com deficiência, inclusive por meio de cobrança de valores diferenciados por planos e seguros privados de saúde.

Também é vedada a cobrança de valores diferenciados aos idosos, em razão de sua idade.

Artigo 15, §3º da Lei 10.741/2003 e Artigo 23 da Lei 13.146/2015

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 a 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 seu pagamento e evitar esquecimentos.

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 no 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, que irá fornecer número de protocolo de atendimento como primeira ação ou logo que o atendente identifique tratar-se de demanda que envolva cobertura assistencial. Caso a Operadora de Planos de Saúde não forneça o protocolo, o consumidor poderá exigi-lo. A Operadora deverá informar ao consumidor, detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento e/ou serviço, 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 24 (vinte e quatro) horas.

É garantida, ainda, ao consumidor, a faculdade de requerer a reanálise da sua solicitação de autorização de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial, a qual será apreciada pela Ouvidoria da Operadora de Planos de Saúde, devendo informar o consumidor acerca do prazo, forma e procedimento a serem observados para apresentação do requerimento de reanálise.

Artigos 8º, 10 e 11 da RN 395/2016 ANS

Atenção, dica ANAB:

As Administradoras de Benefícios também são obrigadas a manter Ouvidoria.

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

As solicitações de procedimentos e/ou serviços de urgência e emergência devem ser autorizadas imediatamente pela Operadora de Planos de Saúde, observadas as normas legais e infralegais em vigor.

Art. 9º, §3º da RN 395/2016 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 qual 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. Nesta hipótese, o preço do plano de saúde a ser disponibilizado pela Operadora de Plano de Saúde pode ser diferente do disponibilizado no contrato coletivo.

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 ou 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

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 da portabilidade.

Quais são os requisitos exigidos para realizar a portabilidade de carências?

- estar em dia com o pagamento das mensalidades do plano de saúde de origem; e o vínculo do beneficiário estar ativo com o plano de origem.

- possuir prazo de permanência:

a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo, 2 (dois) anos no plano de saúde de origem ou, no mínimo (3) três anos na hipótese de o consumidor ter cumprido cobertura parcial temporária; ou

b) nas posteriores, no mínimo, 1 (um) ano de permanência no plano de saúde de origem, ou no mínimo dois anos na hipótese em que o beneficiário tenha exercido a portabilidade para um plano de destino que possuía coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem;

- O plano de origem deve ter sido contratado após 1° de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei 9.6956/98, de 3 de junho de 1998;

- 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 consulta ao modulo de portabilidade de carências no Guia ANS de Planos de Saúde.

- Se o plano de destino for de contratação coletiva, o beneficiário deverá possuir vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, ou o beneficiário deverá ser ou possuir vínculo com empresário individual.

- Para os planos de origem e destinos que forem coletivos empresariais não serão exigidos a compatibilidade por faixa de preços.

- E os planos coletivos empresariais que tiverem com formação de preço pós-estabelecidos, também não será exigível a compatibilidade por faixa de preços. O plano de saúde de destino não estar com registro em situação "ativo com comercialização suspensa" ou "cancelado" junto à ANS.

Artigo 3° da RN 186/2009 ANS

Como o consumidor pode fazer a portabilidade de carência?

Primeiramente, o consumidor deve consultar o "Guia da ANS de Planos de Saúde", disponível no link, http://www.ans.gov.br/guiadeplanos, para identificar planos de saúde compatíveis com o que já possui, emitirá um relatório, na data da consulta, gerando um número de protocolo, que terá validade de 5 (cinco) dias a partir da emissão do número de protocolo, devendo ser aceito dentro deste período pela administradora de benefícios.

Quando se dá o início da vigência do plano de destino após o pedido de Portabilidade?

Se o beneficiário atender a todos os requisitos para a portabilidade, a vigência do plano de destino se inicia a partir da conclusão da análise do pedido de portabilidade pela Operadora.
A operadora do plano de destino (novo plano) tem até 10 dias para analisar o pedido de portabilidade. Caso a operadora não responda ao pedido após esse prazo a portabilidade será considerada válida.

Para plano de destino de contratação coletivo por Adesão ou empresarial, a a data de início de vigência do vínculo do beneficiário no plano de destino deverá observar a movimentação cadastral acordada contratualmente na relação entre a pessoa jurídica contratante e a Operadora ou Administradora de Benefícios.

A operadora de destino poderá exigir o cumprimento de carência por descumprimento de regras, caso o beneficiário, não cancele no prazo de 5 (cinco dias) o plano anterior, após a vigência do seu plano destino.

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

São necessários os seguintes documentos:

- Proposta de adesão assinada; ou contrato assinado, ou qualquer outro documento hábil que comprove o prazo de permanência exigido no plano.

- Cópia dos comprovantes de que está em dia com os pagamentos das mensalidades, tais como: comprovante de pagamento dos 3 (três) últimos boletos vencidos; ou declaração da operadora do plano de origem, ou da pessoa jurídica contratante, devendo o plano estar ativo.

- Comprovante de vínculo com a pessoa jurídica contratante caso o plano de saúde de destino seja coletivo por adesão.

- Comprovante de prazo de permanência, tais como: proposta de adesão assinada, ou contrato, comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante.

- Relatório de compatibilidade entre planos de origem e de destino ou número de protocolo de portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde.

- Se o beneficiário estiver em cumprimento de CPT, deverá apresentar cópia de Declaração de Saúde preenchida no plano de origem ou de documento que ateste que estava cumprindo CPT que especifique a doença ou lesão preexistente declarada.

- O beneficiário poderá solicitar à operadora do plano de origem. Por meio de quaisquer de seus canais de atendimento, a declaração para fins de Portabilidade com as informações referentes ao plano de origem e ao beneficiário. A operadora de origem terá 10 dias para disponibilizar a declaração do beneficiário.

Além dos documentos acima relacionados, a operadora do plano de destino poderá solicitar ao beneficiário os documentos pessoais usualmente requeridos para fins de contratação de planos de saúde. A exigência de documentos de difícil obtenção pelos beneficiários poder ser interpretada pela ANS como uma tentativa de impedir ou restringir a participação do consumidor no plano de saúde, por ocasião da portabilidade de carências, passível de aplicação de penalidade.

Em quais casos a portabilidade especial pode ser utilizada?

Portabilidade especial de carências pode ser utilizada em 3 (três) casos:

- Por consumidor de Operadora de Plano de Saúde que tenha seu registro cancelado pela ANS ou que estejam em processo de Liquidação Extrajudicial (falência); o prazo é de 60 (sessenta) dias, prorrogáveis para que os beneficiários da carteira da Operadora em saída exerçam a portabilidade especial de carência para outra Operadora, inclusive para os planos contratados antes de 1° de janeiro de 1999 e não adaptados.

- 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 (sessenta) 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 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção do plano.

Artigos 7°-A; 7°-B; 7°-C da RN 186/2009 ANS

É possível realizar portabilidade especial mesmo sem ter cumprido todo o prazo de carência?

- O consumidor que não tenho cumprido os 300 (trezentos) dias de carência, poderá exercer a portabilidade especial de carência, descontando o tempo já cumprido no plano anterior e somente cumprindo as carências faltantes no plano destino, ou em acomodação superior.

- O mesmo se aplica em caso de cobertura parcial temporário CPT, onde o consumidor cumprirá somente o período faltante no plano destino para completar os 24 meses.

- O consumidor que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte quatro) meses de contrato do plano anterior, também poderá realizar a portabilidade especial desde que opte pela cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar os 24 meses, ou pelo pagamento do agravo no plano destino.

- Na portabilidade especial, não se aplicam os requisitos de prazo de permanência e de compatibilidade por faixa de preço. Ou seja, o beneficiário poderá fazer a portabilidade sem ter que cumprir o tempo mínimo de permanecia no plano e poderá escolher um plano independente de seu preço.

Súmula Normativa n° 21 ANS, de 12 de agosto de 2011.

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

Sim, é possível. Caso opte por um plano de saúde de padrão mais elevado, o consumidor deverá cumprir novos períodos de carência de acordo com as coberturas assistenciais e com a segmentação não previstas no plano de origem.

O que é Portabilidade Extraordinária de Carência?

A Portabilidade Extraordinária ocorrerá por deliberação da Diretoria Colegiada, quando, de forma motivada, não for possível a aplicabilidade das disposições da norma ou em hipótese que esta mereça ser executada em face do interesse público.

A portabilidade Extraordinária de Carências é decretada, também, por Resolução Operacional específica, publicada pela ANS, que disciplinará as regras a serem seguidas para a realização da portabilidade.

Portabilidade Extraordinária é o direito que o Beneficiário tem de mudar de plano de saúde sem a necessidade do cumprimento de períodos de carência ou cobertura parcial temporária na hipótese de saída da operadora do mercado, tal como ocorre na Portabilidade Especial.

Quais são as regras de Portabilidade para o Beneficiário que está internado?

Se o beneficiário estiver internado, a portabilidade de carências somente poderá ser requerida após a alta da internação hospitalar.

Excetuam-se a essa regra as hipóteses em que o beneficiário internado vai realizar a portabilidade em razão da saída da operadora do mercado, ou por morte do titular do contrato, ou por perda da condição de dependência, ou por demissão, exoneração ou aposentadoria ou por rescisão do contato coletivo pela operadora ou pela jurídica contratante. Ou seja, quando a mudança de plano não é motivada pela vontade do beneficiário, mesmo que esteja internado, o beneficiário poderá realizar a portabilidade de carências.

Como é feita a Compatibilidade de Preço de Planos Exclusivamente Odontológicos para portabilidade?

O Beneficiário pode fazer portabilidade para qualquer plano exclusivamente odontológico que seja até 30% mais caro que seu plano atual.

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 (sete) dias úteis;
- consulta nas demais especialidades: 14 (quatorze) dias úteis;
- consulta/sessão com fonoaudiólogo: 10 (dez) dias úteis;
- consulta/sessão com nutricionista: 10 (dez) dias úteis;
- consulta/sessão com psicólogo: 10 (dez) dias úteis;
- consulta/sessão com terapeuta ocupacional: 10 (dez) dias úteis;
- consulta/sessão com fisioterapeuta: 10 (dez) dias úteis;
- consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: 7 (sete) dias úteis;
- serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: 3 (três) dias úteis;
- demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: 10 (dez) dias úteis;
- procedimentos de alta complexidade (PAC): 21 (vinte e um) dias úteis;
- atendimento em regimento hospital-dia: 10 (dez) dias úteis;
- atendimento em regime de internação eletiva: 21 (vinte e um) dias úteis;
- consulta de retorno: A critério do profissional responsável pelo atendimento.
- urgência e emergência: atendimento imediato;

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, inciso II 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;

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.

Artigo 3º da RN 264/2011 ANS

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

A Operadora poderá 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

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 poderá negociar um reajuste menor com a Operadora de Plano de Saúde em favor da coletividade.

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 a 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, incisos I e II da RN 265/2011 ANS

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, inciso III e Artigo 4º 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, órgãos públicos ou entidade representativa e, posteriormente, por cada um dos consumidores interessados.

Caberá à Operadora de 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 5º da RN 265/2011 e IN/DIPRO 36 ANS

Atenção, dica ANAB:

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

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 a sua ciência, e apresentar uma minuta de contrato acessório com a descrição do programa.

Artigos 16 e 17 da RN 265/2011 e IN/DIPRO 36 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 do 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 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 apresentam, 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, consequentemente, maior o potencial de negociação.

Artigo 19 da RN 195/2009 ANS, RN 63/2004 ANS 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.

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

Nos planos de saúde coletivos empresariais e por adesão com mais de 30 (trinta) 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 (trinta) 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. Desta 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

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 é feito o reajuste das mensalidades dos planos de saúde coletivos dos idosos?

Os reajustes devem estar previstos no contrato e limitados até os 59 (cinquenta e nove) anos, uma vez que com o advento do Estatuto do Idoso, combinado com a legislação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, os idosos que atingem 60 (sessenta) anos de idade e que firmaram contratos a partir de 2004, estão protegidos de qualquer aumento no valor da mensalidade do seu plano de saúde.

Sendo assim, o reajuste para idosos ocorre somente uma vez por ano.

Artigo 15, §3º da Lei 10.741/2003 e RN 63/2003 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

Quais as informações obrigatórias para a pessoa jurídica contratante de plano coletivo empresarial ou por adesão sobre o cálculo de reajuste estabelecido?

A Operadora de Plano de Saúde deverá disponibilizar à pessoa jurídica contratante de plano coletivo empresarial ou por adesão, com formação de preço pré-estabelecido, um extrato pormenorizado contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste conforme cláusula contratual ou estabelecido em negociação. O extrato pormenorizado deverá ser disponibilizado com o mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste.

Quando a Administradora de Benefícios participar, de qualquer forma, da negociação de reajuste dos contratos, o fornecimento do extrato pormenorizado deverá se dar diretamente a esta, no prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste, devendo repassá-lo para a pessoa jurídica contratante, em até 10 (dez) dias.

Artigo 14 da RN 389/2011 ANS

O que deverá conter nesse Extrato Pormenorizado?

O Extrato Pormenorizado deverá conter:

- o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e das variáveis utilizados no cálculo;

- a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual de reajuste e o período de observação; e

- o canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas quanto ao extrato apresentado.

Artigo 15 da RN 389/2011 ANS

Quando o consumidor poderá solicitar o Extrato Pormenorizado?

O Consumidor poderá solicitar formalmente o extrato pormenorizado, após a efetiva aplicação do reajuste, para a Administradora de Benefícios ou Operadora de Plano de Saúde, que terão o prazo máximo de 10 (dez) dias para seu fornecimento.

Artigo 16 da RN 389/2011 ANS

Rede Credenciada ou Referenciada

Médico ou prestador de serviço de saúde pode exigir caução ao consumidor?

Não. É proibida, em qualquer situação, a exigência por parte dos prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das Operadoras de Planos de Saúde, de caução, depósito de qualquer natureza, nota promissória ou quaisquer outros títulos de crédito, no ato ou anteriormente à prestação do serviço.

Artigo 1º da RN 44/2003 ANS

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

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

O site e a central de atendimento da Operadora de Plano de Saúde deve manter atualizada as informações das substituições ocorridas em sua rede assistencial para consulta dos consumidores e deve permanecer acessível por 180 (cento e oitenta) dias.

Artigos 3º e 10 da RN 365/2014 e Artigo 17 da Lei 9.656/1998

Se um médico ou prestador de serviço de saúde 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

Transparência da Informação

O que é o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)?

O Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS) consiste no repositório de informações individualizadas relativas ao beneficiário, titular ou dependente do plano privado de assistência à saúde, em área específica e restrita do portal da Operadora de Planos de Saúde.

Artigo 5º da RN 389/2015 ANS

Qual o conteúdo mínimo obrigatório que as Operadoras de Planos de Saúde são obrigadas a disponibilizar através do PIN-SS?

O PIN-SS apresentará os seguintes componentes:

- Componente Cadastral;
- Componente Utilização dos Serviços.

O Componente Cadastral do PIN-SS deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações cadastrais:

- nome do beneficiário;
- data de nascimento do beneficiário;
- número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do beneficiário;
- número da matrícula do beneficiário no plano privado de assistência à saúde;
- código do registro da operadora na ANS;
- nome empresarial (razão social) ou denominação e título do estabelecimento (nome fantasia) da operadora;
- nome empresarial (razão social) e título do estabelecimento (nome fantasia) da Administradora de Benefícios, quando houver;
- nome empresarial (razão social) ou denominação e título do estabelecimento (nome fantasia) da pessoa jurídica contratante do plano coletivo por adesão ou empresarial;
- número do cadastro do plano privado de assistência à saúde na ANS;
- nome do plano privado de assistência à saúde;
- número do contrato/ apólice;
- informação sobre o tipo de contratação do plano privado de assistência à saúde;
- informação sobre a regulamentação do plano, entendendo-se por:
  a) Plano Regulamentado: celebrado após 1° de janeiro de 1999;
  b) Plano Não-regulamentado: celebrado até 1° de janeiro de 1999; ou
  c) Plano Adaptado: celebrado até 1° de janeiro de 1999 e adaptados às regras da Lei n° 9.656, de 1998;
- data da contratação do plano de saúde;
- data do início da cobertura contratual do beneficiário no plano privado de assistência à saúde;
- prazo máximo previsto no contrato para carências, de acordo com a classificação abaixo:
  a) carência para procedimentos ambulatoriais;
  b) carência para procedimentos hospitalares;
  c) carência para o procedimento parto a termo; e
  d) carência para procedimentos odontológicos;

- data de término da Cobertura Parcial Temporária - CPT, quando houver;
- segmentação assistencial do plano privado de assistência à saúde;
- padrão de acomodação do plano privado de assistência à saúde;
- área de abrangência geográfica do plano privado de assistência à saúde;
- dados do Serviço de Atendimento ao Cliente ou unidade organizacional equivalente da operadora; e
- informação de contato com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Disque ANS, endereço eletrônico e link para o contato dos Núcleos de Fiscalização).

Já o Componente Utilização dos Serviços do PIN-SS deverá conter os eventos reconhecidos pela Operadora de Planos de Saúde, independente da ocorrência de glosa de valor, considerando-se todos os eventos realizados na rede credenciada, referenciada, cooperada ou fora da rede, quando houver cobertura para reembolso, tais como a relação individualizada dos procedimentos realizados pelo consumidor e a data de realização.

Artigos 7º, 8º e 9º da RN 389/2015 ANS

Como será disponibilizado o acesso ao PIN-SS?

O PIN-SS deverá obrigatoriamente ser disponibilizado de forma individualizada, em área específica e restrita do portal da Operadora de Plano de Saúde, respeitando as regras de sigilo, privacidade e confidencialidade dos dados, exclusivamente para os beneficiários, titulares ou dependentes, com login e senha para o acesso.

Artigos 11, 12 e 13 da RN 389/2015 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 implicarem 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 (vinte e quatro) 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 (vinte e quatro) horas do início da vigência do contrato, o consumidor terá assistência ambulatorial limitada as primeiras 12 (doze) 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 Sistema Único de Saúde (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 2° e 7° 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. Exceto para as urgências decorrentes de complicações no processo gestacional, situação em que terá assegurado o atendimento ambulatorial por até 12 (doze) 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 (vinte e quatro) 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 (vinte e quatro) 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 (doze) 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 Sistema Único de Saúde (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 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 (vinte e quatro) 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 (vinte e quatro) 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 (doze) 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 Sistema Único de Saúde (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 3º, 4º e 7º da Resolução CONSU 13/1998.

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

No plano referência, após as 24 (vinte e quatro) 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 temporária (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 (doze) 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 Sistema Único de Saúde (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.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS – ANAB

DIRETORIA GESTÃO 2016/2019:

Diretor Presidente: Alessandro Acayaba de Toledo

Diretor Vice-Presidente: Farias Pereira de Sousa

Diretor Sem Designação Específica: Ernani Parise

COLABORADORAS:

Superintendente Executiva: Andréa Ferreira dos Santos

Advogada: Percia Fernandes Singh

Rua Vergueiro, nº 1.421 – Torre Sul – sala 1504

Vila Mariana – São Paulo / SP – CEP: 04101-000

Tel.: (11) 3253-2700 | (11) 3262-2233

www.anab.com.br

contato@anab.com.br

Associadas à ANAB até julho de 2019:

anab

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS
ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS