

O QUE SABER ANTES DE CONTRATAR UM PLANO DE SAÚDE?

Newsletter Direito Médico e da Saúde



O QUE SABER ANTES DE CONTRATAR UM PLANO DE SAÚDE?

*Por Dr. Luciano Tavares - Advogado
Especialista em Direito Médico e da Saúde*

Muitas pessoas ao contratar um plano de saúde se surpreendem quando vão utilizá-lo obtendo informações de que não existe cobertura para determinado tratamento, ou com a afirmativa de que ainda não se pode fazer um exame por conta da carência, bem como sequer sabem como são processados os aumentos das mensalidades.

Contratar um plano de saúde exige atenção, pois seu contrato é complexo e regulado por lei específica, bem como muitas das normas são reguladas por meio de portarias da Agência Nacional de Saúde Suplementar a ANS.

**ATENÇÃO AO
CONTRATAR
UM PLANO DE
SAÚDE É
CRUCIAL.**



O QUE VOCÊ IRÁ VER NESTE ARTIGO

- 1 - Tipos de Planos de Saúde
- 2 - Ajuste anual dos planos de saúde
- 3 - Carências dos planos de saúde
- 4 - Cobertura de atendimento dos planos de saúde
- 5 - Aumentos e faixas etárias dos planos de saúde
- 6 - Valor da Mensalidade
- 7 - Planos de saúde antigos e não adaptados

TIPOS DE PLANOS DE SAÚDE

Primeiramente é necessário saber que **existem planos de saúde diferentes**. Os **planos de saúde individuais**, os **planos familiares**, os **empresariais**, os **coletivos por adesão** e os de **autogestão**.

Os **planos de saúde individuais e os familiares**, são aqueles que o serviço é prestado para uma pessoa específica ou para um grupo familiar. Mas atualmente são raros, difíceis de serem encontrados no mercado, veremos o motivo logo, logo.

Os **planos de saúde empresariais**, são aqueles fornecidos por empresas a seus funcionários. Neste tipo de plano, a empresa contrata uma operadora de planos de saúde e é então “montado” um plano para atender seus funcionários, que podem contribuir ou não com o valor da mensalidade.

Já os **planos de saúde coletivos por adesão**, são os mais encontrados atualmente. Os beneficiários precisam estar geralmente pertencer a uma entidade de classe, a um sindicato, ou a alguma atividade empresarial.



EXISTEM VÁRIOS TIPOS DE PLANOS DE SAÚDE. O INDIVIDUAL, FAMILIAR, EMPRESARIAL, COLETIVOS POR ADESÃO E OS DE AUTOGESTÃO.



TIPOS DE PLANOS DE SAÚDE

Os **planos de saúde de autogestão**, são aqueles que são criados e administrados por determinada entidade, geralmente sem fins lucrativos e oferecem o serviço de saúde a seus conveniados, como exemplo de planos de saúde de autogestão, temos os oferecidos pelas famosas caixas de assistência.

AJUSTE ANUAL DOS PLANOS DE SAÚDE

Porém, o motivo de não se encontrar mais os **planos individuais, ou familiares** no mercado são que os mesmos **têm o índice de correção do ajuste anual acertado pela ANS**, enquanto todos os demais podem ter sua anuidade elevada sem que a Agência tenha que determinar o índice de correção.

Assim, este é o primeiro ponto que muitos consumidores desconhecem. Ao contratar um **plano de saúde para você ou sua família, será geralmente um plano de saúde coletivo por adesão, seu aumento anual não será regulado pela ANS** e sim pela própria operadora de planos de saúde.



APENAS OS PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAL E O FAMILIAR TÊM SEU AUMENTO REGULADO PELA ANS.



CARÊNCIAS DOS PLANOS DE SAÚDE

Outro ponto importante a ser observado na contratação de um plano de saúde são as famosas carências. A **carência é um tempo que a operadora precisa para “fazer caixa” por conta da entrada de um novo beneficiário.**

Neste tempo, algumas das coberturas oferecidas pelo plano de saúde não poderão ser utilizadas, justamente por não ter atingido o tempo necessário para seu uso.

O tempo de carência é determinado pela ANS e é dividido em grupos:

- **Casos de urgência** (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e **emergência** (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis): **24 horas**;
- **Partos a termo**, ou seja, não inclui partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional: **300 dias**;
- **Doenças e lesões preexistentes**: **24 meses**;
- **Demais situações** tais como consultas, exames, internações e cirurgias: **180 dias**.

Assim, **é muito importante ficar atento que, não tendo atingido o período de carência, em tese, não será possível utilizar do plano de saúde para uma determinada situação.** Claro que, em alguns casos é possível não existir a carência, quando ocorre a contratação de um novo plano de saúde, ou quando, se acerta o pagamento do chamado agravo. Outro exemplo, é a ocorrência de portabilidade, falecimento do titular, perda da condição de dependente, continuidade do plano por ex-empregado, por aposentado, dentre outras situações.

Mas a regra geral é, sempre que se contratar um plano de saúde, irá ocorrer o prazo de carência.



CARÊNCIA É UM TEMPO QUE O BENEFICIÁRIO NÃO PODERÁ UTILIZAR SERVIÇOS DO PLANO DE SAÚDE.



COBERTURA DE ATENDIMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE

A cobertura de um plano de saúde também é outro ponto de muitas dúvidas. A lei institui o chamado **plano-referência**, que compreende, a cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, inclusive para partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria. Sendo necessário o oferecimento de centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a famosa lista de classificação CID, existindo logicamente excludentes, como o tratamento clínico ou cirúrgico experimental, a inseminação artificial; procedimentos com finalidade de estética, dentre outras.

A partir do plano de referência é possível a operadora de planos de saúde, **oferecer segmentações** ao plano-referência, sendo considerados adicionais, como **cobertura ambulatorial**, a **internação hospitalar**, de **atendimento obstétrico** e por fim, **atendimento odontológico**.



**COBERTURA DE
UM PLANO DE
SAÚDE, SÃO OS
SERVIÇOS
OFERECIDOS A
SEUS
BENEFICIÁRIOS.**



COBERTURA DE ATENDIMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE

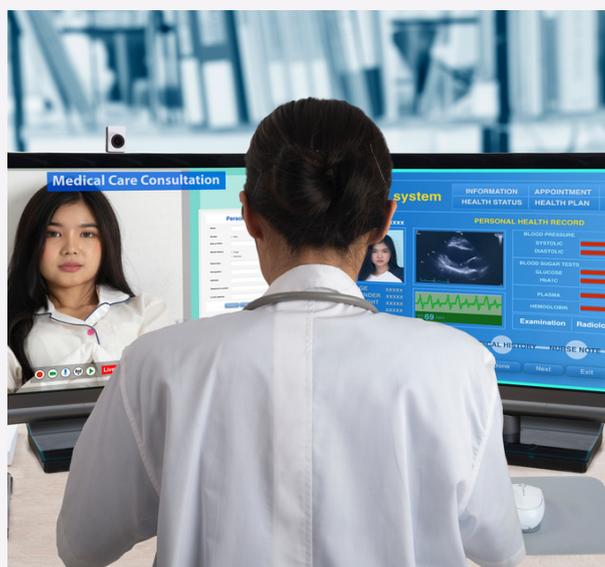
O **plano obstétrico** permite a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto ou adoção e; a inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

A cobertura do atendimento do plano de saúde, como a previsão de tratamentos, cirurgias, medicamentos é determinada pelo famoso **Rol de Procedimentos da ANS**. O Rol de Procedimentos, nada mais é do que uma lista editada, atualmente a cada 6 meses pela autarquia, e que determina que tipos de tratamentos, cirurgias, devem ter a cobertura atendida pela operadora de plano de saúde.

Atualmente, não se decidiu se o rol é meramente exemplificativo, ou seja, se é apenas uma listagem de procedimento mínimo, ou se é, um rol taxativo. A ANS afirma, que o rol é taxativo, contudo o Poder Judiciário ainda não definiu seu entendimento, sendo então uma grande discussão nas ações judiciais, ocorrendo sentenças diferentes para processos de pedidos procedimentos médicos.



ROL DA ANS, É A LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE OS PLANOS DE SAÚDE SÃO OBRIGADOS A OFERECER.



AUMENTOS E FAIXAS ETÁRIAS DOS PLANOS DE SAÚDE

Aumentos dos planos de saúde também são campeões nas reclamações pelos beneficiários.

Os aumentos em tese podem ocorrer uma vez ao ano, no aniversário da assinatura do contrato. Porém, **é permitido a ocorrência de um segundo aumento no ano em que o beneficiário mudar de faixa etária.**

Desde 2004 as faixas etárias são as seguintes:

0 a 18 anos; 19 a 23 anos; 24 a 28 anos; 29 a 33 anos; 34 a 38 anos; 39 a 43 anos; 44 a 48 anos; 49 a 53 anos; 54 a 58 anos; 59 anos ou mais.

Não sendo então possível aumentar mais o plano de saúde após os 59 anos de idade.

É importante também saber que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Contudo, a temática relacionada a aumento é mais complexa. Visto que **é necessário também saber quando o contrato do plano de saúde foi assinado**, se antes ou depois de 1999, se o plano é adaptado ou não, dentre outras questões.

Planos de saúde não adaptados, os chamados planos antigos, têm seu aumento regulado ano a ano por um Termo de Ajustamento de Conduta – TAC entre a operadora e a ANS, além do mais, como já falamos, somente **planos de saúde individuais ou familiares** tem seu aumento regulado pela ANS, os demais planos de saúde, têm seu índice de correção realizado pela própria operadora, observando vários elementos



**EM TESE SOMENTE
PODE HAVER UM
AUMENTO POR
ANO, SENDO
TAMBÉM
PERMITIDO
AUMENTO
QUANDO SE MUDA
DE FAIXA ETÁRIA.**



ocorridos durante o ano, bem como a sinistralidade do grupo de beneficiários.

VALOR DA MENSALIDADE

O **valor da mensalidade** também é um assunto controverso, já que existem **planos sem coparticipação e outros com coparticipação**.

Planos sem coparticipação é cobrado uma mensalidade fixa, independentemente se ocorreram exames, consultas, atendimentos e internações.

Já os **planos com coparticipação** geralmente têm mensalidades menores que os fixos, porém, a cada procedimento realizado pelo beneficiário, o mesmo irá pagar um percentual referente ao que foi utilizado.

Pelo lado econômico pode ser uma vantagem, mas para aqueles que utilizam muito dos serviços de um plano de saúde, pode ser uma dor de cabeça, já que a cada mês o valor cobrado irá variar.



**PLANO DE SAÚDE
INDIVIDUAL E
FAMILIAR TEM
AUMENTO
REGULADO PELA
ANS.**



PLANOS DE SAÚDE ANTIGOS E NÃO ADAPTADOS

Planos de saúde antigos, são os que foram assinados antes da **Lei dos Planos de Saúde de 1999**, e **planos não adaptados**, são justamente os planos antigos que ainda não foram modificados para atender a Lei dos Planos de Saúde.

Para estes planos de saúde, o contrato é elemento essencial, já que não são regulados pela Lei dos Planos de Saúde.

Muitos não realizaram a adaptação, pois acarretaria em um aumento do valor das mensalidades, mas por outro lado, ganhariam uma maior cobertura e regulação realizada pela ANS. Porém, as operadoras de planos de saúde devem oferecer a qualquer momento a possibilidade de adaptação.

Enfim, aqui foram apresentados de forma simples, apenas os principais itens a serem observados ao contratar um plano de saúde. Sendo necessário ficar atento ao contrato, sendo esta regra para o funcionamento na prestação de serviços e não ser considerado surpresa na hora que se for necessário obter o suporte da operadora de planos de saúde, sem que se receba respostas de negativa de tratamento, muitas vezes ocorridas por desconhecimento das regras principais de funcionamento do plano de saúde contratado.



PLANOS DE SAÚDE ANTIGOS SÃO OS DE CONTRATO ANTERIOR A 1999.



CUIDADO COM AS FRAUDES

Não acredite em vantagens para pagamento antecipado se o mesmo **não estiver disposto em contato**.

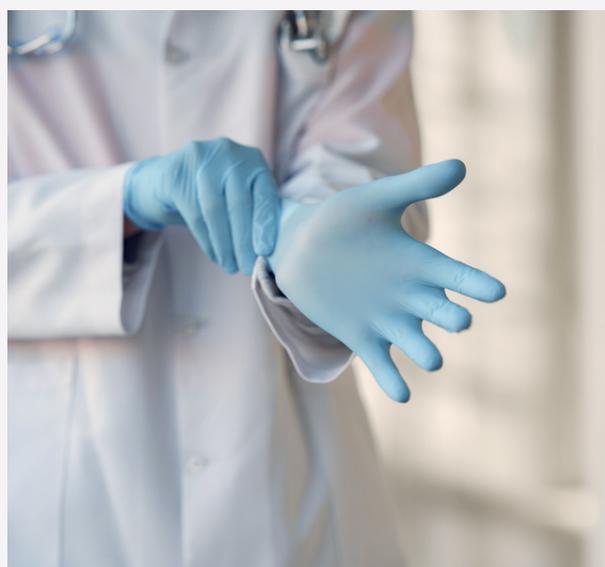
Os pagamentos das mensalidades são realizados conforme o dispositivo contratual, com início de pagamento geralmente para 30 dias após a assinatura do contrato.

O vendedor do plano de saúde não está autorizado a receber pagamentos de forma pessoal, não realiza operações via cartão de crédito ou débito, tão pouco Pix.

Se estiver em dúvida, entre em contato com a Operadora do Plano de Saúde.



CUIDADO COM AS FRAUDES



DR. LUCIANO TAVARES

Dr. Luciano Tavares é advogado especialista pós-graduado em **Direito Médico e da Saúde, Direito Público e em Proteção de Dados Pessoais.**

É sócio do Escritório **Morais & Tavares Advogados Associados.**

Sua atuação na área da saúde tem como principal objetivo a **defesa de médicos, dentistas, profissionais da saúde, clínicas e hospitais.**

E é atuante na **defesa de assuntos relacionados a planos de saúde e atendimentos do SUS.**



MORAIS & TAVARES ADVOGADOS ASSOCIADOS



(32) 3025-3776

(31) 3500-2861

(11) 4673-4176



(32) 99137-1127



atendimento@moraistavares.adv.br



moraistavares.adv.br



MORAIS &
TAVARES
ADVOGADOS ASSOCIADOS

