

Diferenças entre planos individuais e coletivos.

Os planos com contratação *individual/familiar* são aqueles contratados diretamente com a operadora de plano de saúde; o consumidor escolhe o plano a ser adquirido dentre as opções ofertadas pela operadora. Os planos com contratação *coletiva empresarial* são aqueles em que o consumidor ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público. Nestes casos, o representante da pessoa jurídica contratante é quem negocia e define as características do plano contratado.

ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS NA CONTRATAÇÃO OU INGRESSO EM UM PLANO DE SAÚDE.

TEMAS	PLANOS INDIVIDUAIS	PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS
CARÊNCIA	É permitida a exigência do cumprimento de carências nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	COM 30 PARTICIPANTES OU MAIS: não é permitido o cumprimento de carências, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante. COM MENOS DE 30 PARTICIPANTES: permitida a exigência do cumprimento de carências nos prazos máximos estabelecidos pela lei.
COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica, entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados à DLP não declarada pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.	COM 30 PARTICIPANTES OU MAIS: não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT), desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. COM MENOS DE 30 PARTICIPANTES: permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT).
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) Se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia; em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) Como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar; exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.	
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Nos reajustes aplicados às mensalidades prevalecerá o disposto no contrato, devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. A periodicidade do reajuste não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora. No caso de <i>redimensionamento por redução de prestador hospitalar</i> , a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência quando ocorrer <i>substituição de prestador hospitalar</i> , tempo para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual/familiar é 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais/familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente poderá ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos.

Nos planos coletivos os beneficiários Titulares e seus Dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante.

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

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação, é assegurado o direito de permanência no plano quando da demissão sem justa causa, exoneração ou aposentadoria. Na morte do Titular demitido, exonerado ou aposentado, em gozo do benefício decorrente dos art.s 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar. O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para formalizar o desejo ao *plano continuidade* assumindo, a partir desse momento, integralmente o pagamento da mensalidade. O período de manutenção dessa condição é de 06 meses, no mínimo, e proporcional ao período em que permaneceu vinculado contribuindo para o plano de saúde como empregado. O beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador quando da sua admissão em um novo emprego ou se o ex-empregador extinguir o contrato de plano de saúde com a operadora.

Cobertura e Segmentação assistencial.

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica. Essas assistências à saúde, isoladas ou combinadas, definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermária. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

Abrangência geográfica.

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

Área de atuação.

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal. É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

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

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

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