

PLANO DE SAÚDE

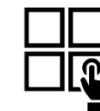
**Informações para contratação, manutenção,
troca e cancelamento de plano**

PLANO DE SAÚDE

A ANS acredita que a melhor forma de empoderar o consumidor é **difundindo informações de interesse público e qualidade**. Para isso, a reguladora apresenta o “caminho” que o beneficiário de plano de saúde pode fazer no setor:



A escolha do plano mais adequado



Pesquisando os produtos disponíveis



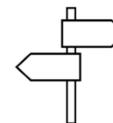
Contratando um plano: direitos e deveres



Mantendo o benefício da empresa



Como esclarecer dúvidas ou registrar queixas



Trocando de plano sem novas carências



Cancelando o plano de saúde



A ESCOLHA DO PLANO MAIS ADEQUADO

O que saber?

Antes de contratar um plano de saúde, o consumidor precisa saber que há diversas diferenças entre os produtos ofertados:

Tipo de contratação: os planos podem ser individuais/familiares, coletivos por adesão ou coletivos empresariais.

Segmentação assistencial: a cobertura pode ser ambulatorial, hospitalar ou odontológica, com algumas variações.

Abrangência geográfica: os planos podem ter cobertura nacional ou regionalizada.

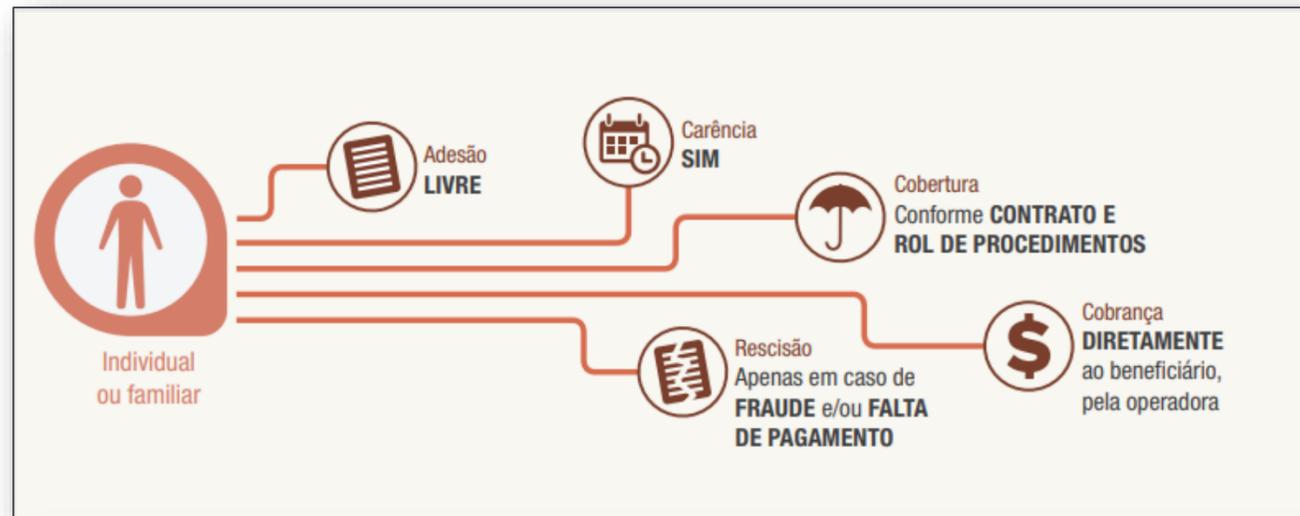
Rede assistencial: os prestadores de serviço credenciados variam entre planos.



DICA: A ANS disponibiliza em seu portal uma [cartilha orientativa](#) para ajudar na escolha do consumidor



A ESCOLHA DO PLANO MAIS ADEQUADO



Tipos de planos

Enquanto o plano individual ou familiar pode ser contratado por qualquer pessoa, **os planos coletivos exigem vínculos** específicos para adesão.

Os planos coletivos pressupõem uma relação entre duas empresas com força de negociação, portanto muitas **definições são acordadas em contrato entre as partes**.

- Desde 2018, o plano coletivo também pode ser contratado por **empresário individual**.

DICA: A ANS disponibiliza em seu portal uma cartilha para orientar o consumidor sobre contratação de plano coletivo por empresário individual



A ESCOLHA DO PLANO MAIS ADEQUADO

Segmentação assistencial

É a cobertura ofertada pelos planos de saúde. Vai definir os serviços que a **operadora é obrigada a cobrir e responde pelo custo** que vai ser cobrado pelo serviço (mensalidade).

O **plano com cobertura mais básica é o ambulatorial**, voltado somente a consultas e exames, enquanto **o mais completo é o Plano Referência**.

Somente os planos hospitalares e referência **cobrem custos de internação** do beneficiário.

A **cobertura obrigatória** dos planos de saúde é definida pelo Rol de Procedimentos da ANS, atualizado a cada dois anos pela reguladora.





A ESCOLHA DO PLANO MAIS ADEQUADO

| <i>Se você deseja ser atendido em:</i> | <i>Você deverá escolher:</i> |
|---|------------------------------|
| Todo o território nacional | Plano nacional |
| Alguns estados | Plano grupo de estados |
| Um único estado | Plano estadual |
| Alguns municípios de um ou mais estados | Plano grupo de municípios |
| Um único município | Plano municipal |

Abrangência do plano

Delimita a região de atendimento do beneficiário. Muitas operadoras vendem planos com cobertura nacional mesmo sem destacar essa característica, mas é importante se atentar à possível regionalização.

Rede de prestadores

São os profissionais e estabelecimentos que fazem parte da rede assistencial da operadora – ou seja, que aceitam o convênio.

Alguns planos têm contratos de livre escolha de prestador, com reembolso posterior da operadora. Essa possibilidade deve estar expressa no contrato.





Guia ANS de Planos de Saúde

[Sobre o Guia](#) [Perguntas Frequentes](#) [Ajuda](#) [Fale conosco](#)

- Pesquisa de Planos de Saúde**
Conheça e compare opções antes de contratar um plano de saúde.
- Portabilidade de Carências**
Troque de plano de saúde sem cumprir novos períodos de carências ou cobertura parcial temporária.
- Consulta de Protocolo**
Consulte as informações sobre o plano selecionado para a adesão/contratação ou para a portabilidade de carências.

DICA: A ANS dispõe de vídeo tutorial em seu canal no [YouTube](#) ensinando a utilizar a ferramenta

Qual o plano mais indicado?

Entendidas as características dos planos, é hora de escolher o mais adequado.

A ANS oferece uma ferramenta online e intuitiva para ajudar o consumidor. Através do **Guia ANS de Planos de Saúde**, é possível ver os planos disponíveis para contratação e consultar informações importantes como:

- Rede de prestadores de cada plano
- Preço máximo que pode ser cobrado
- Comparação entre diferentes planos

⚠ **Atenção:** após a escolha, a contratação deve ser feita com a operadora do plano de saúde



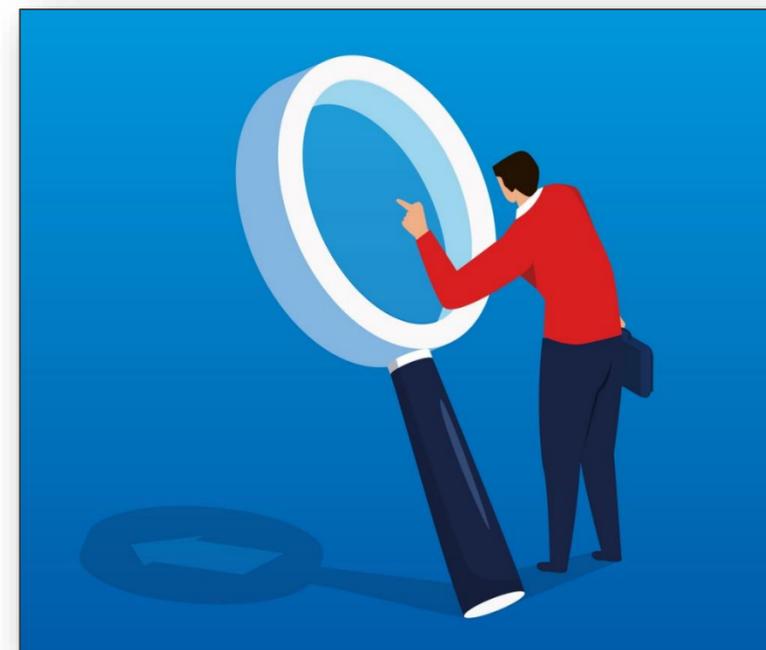
CONTRATANDO UM PLANO: DIREITOS E DEVERES DO BENEFICIÁRIO

Direitos

- Contratação **sem qualquer restrição** de acesso, seja por idade ou doença
- Cobertura de **procedimentos determinados** no Rol da ANS e previstos em contrato
- Atendimento dentro dos **prazos máximos** determinados pela ANS
- **Reembolso** em casos de contrato de livre escolha ou falta de atendimento coberto
- **Portabilidade** para outro plano sem cumprir carências, respeitados os critérios

Deveres

- Cumprimento dos **prazos de carência** previstos pela ANS
- **Declarar doenças e lesões** preexistentes no ato da contratação
- Estar ciente de que a operadora pode **aplicar reajustes** anual e por faixa etária





MANTENDO O BENEFÍCIO DA EMPRESA

Ex-empregados e aposentados

Os beneficiários de planos empresariais que contribuíram para o custeio do plano podem manter o benefício em caso de aposentadoria ou demissão sem justa causa.

! **Atenção, custos com coparticipação não são considerados como custeio do plano**

DICA: A ANS disponibiliza em seu portal uma [cartilha orientativa para aposentados e demitidos](#)

| Período que ficou vinculado ao plano da empresa como empregado | Período que poderá permanecer no plano da empresa após tornar-se ex-empregado. |
|--|--|
|  Demitido ou exonerado sem justa causa Qualquer período | Poderá permanecer no plano o equivalente a 1/3 do tempo total de pagamento do plano de saúde, sendo o mínimo de seis meses e o máximo de dois anos. Exemplo 1: O trabalhador pagou pelo plano por três meses. Poderá permanecer por seis meses, pois a lei garantiu o mínimo de seis meses. Exemplo 2: o trabalhador pagou pelo plano por nove anos. Poderia ficar por três anos, mas a lei limitou ao período máximo de dois anos. |
|  Aposentado menos 10 anos | Poderá permanecer no plano por um ano para cada ano em que ficou vinculado ao plano de saúde da empresa. Se o período que ficou vinculado ao plano for inferior a um ano, o direito será equivalente ao mesmo tempo em que ficou vinculado e contribuindo para o pagamento do plano. Exemplo 1: o trabalhador ficou cinco anos pagando pelo plano. Poderá ficar com o plano por cinco anos após se aposentar. Exemplo 2: o trabalhador ficou 10 meses pagando pelo plano. Poderá permanecer com o plano por 10 meses. |
|  Aposentado 10 anos ou mais | Poderá permanecer no plano indefinidamente, enquanto a empresa mantiver o plano de saúde para os empregados ativos. |



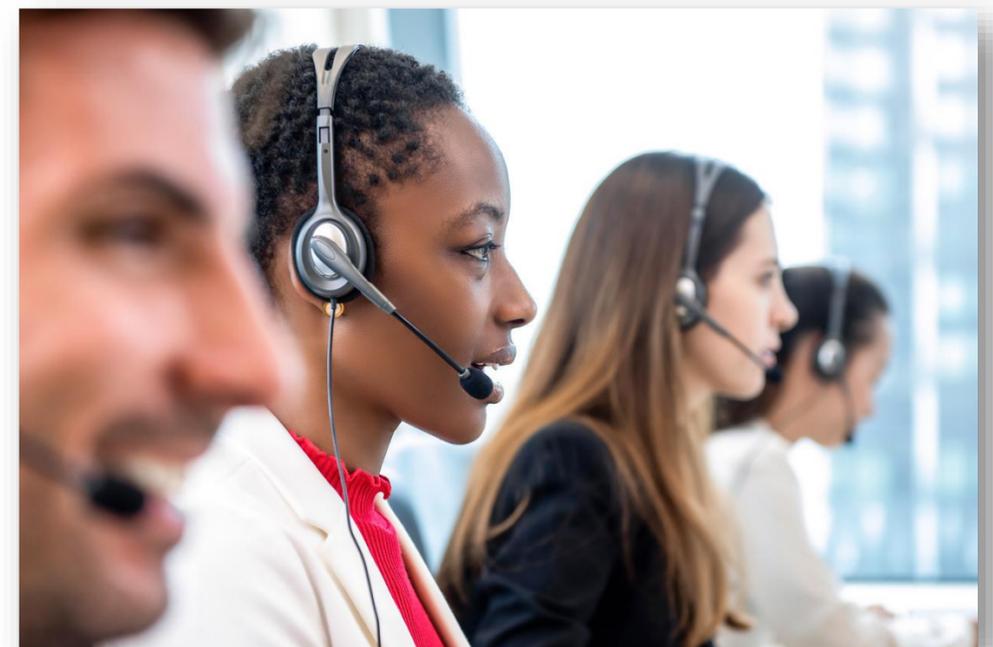
Canais para reclamações

Em caso de dúvidas ou de queixa sobre o seu plano de saúde, é importante **entrar em contato com a empresa** para buscar a solução.

As **operadoras são obrigadas pela ANS a dispor de canais de atendimento** e dar retorno ágil às demandas abertas pelos clientes.

A Agência também dispõe de **canais de atendimento** para o beneficiário:

- Disque ANS: 0800 701 9656
- Central de Atendimento no site (www.ans.gov.br)
- Central de atendimento para deficientes auditivos: 0800 021 2105
- Atendimento presencial (12 Núcleos)





TROCANDO DE PLANO SEM NOVAS CARÊNCIAS

PARA TER DIREITO À PORTABILIDADE, É NECESSÁRIO:



Manter o vínculo ativo com o plano atual



Estar adimplente junto à operadora



Ter cumprido o prazo de permanência exigido no plano:

1ª Portabilidade

Mínimo de dois anos no plano de origem (três anos se tiver cumprido cobertura parcial temporária)

2ª Portabilidade em diante

Para portabilidades seguintes, mínimo de um ano de permanência no plano de origem ou mínimo de dois anos se o beneficiário mudar para um plano com coberturas não previstas no plano de origem



Que o plano de destino tenha faixa de preço igual ou inferior ao plano de origem, com exceção dos casos de portabilidade especial, planos empresariais e pós-pagamento

Mudando de plano sem cumprir carência

O beneficiário de planos individuais/familiares e de planos coletivos por adesão podem mudar de plano e de operadora **sem cumprir novos períodos de carência**, respeitando os critérios pré-determinados pela ANS

É possível utilizar o Guia ANS de Planos de Saúde para ver os **planos compatíveis para a realização da portabilidade** de carências

- ! **Atenção, a partir de junho de 2019 entram em vigor novas regras, permitindo adesão de beneficiários de planos empresariais e extinguindo janela de portabilidade e compatibilidade de cobertura**

DICA: A Agência dispõe de tutorial em seu canal no [YouTube](#) ensinando a utilizar o Guia ANS no modo portabilidade

CANCELANDO O PLANO DE SAÚDE

| TIPO DE CONTRATO | FORMA DE SOLICITAÇÃO DO CANCELAMENTO OU EXCLUSÃO DE CONTRATO |
|--|---|
|  Contrato individual ou familiar | Presencialmente (você pode ir à sua operadora); ou |
| | Por telefone (você pode ligar para a sua operadora); ou |
| | Pela internet (você pode acessar a página da sua operadora na internet) |
|  Contrato coletivo empresarial | Você solicita à sua empresa a qual está vinculado no contrato |
| | Se em 30 dias a empresa não comunicar o seu pedido à operadora, você pode fazer o pedido diretamente à operadora |
|  Contrato coletivo por adesão | Você solicita à associação profissional ou ao sindicato ao qual está vinculado no contrato por qualquer meio; ou |
| | Você solicita à administradora de benefícios (presencialmente, por telefone ou pela internet) contratada pela sua associação profissional ou sindicato, se houver; ou |
| | Você solicita diretamente à operadora presencialmente, por telefone ou pela internet |

E se eu quiser cancelar meu plano?

O cancelamento do plano de saúde deve ser solicitado diretamente à operadora – com **exceção dos planos empresariais**, em que o pedido é solicitado pelo empregador.

O pedido de cancelamento ou exclusão **tem efeito imediato** a partir da ciência da operadora. Após a data e horário da solicitação, o beneficiário **não está mais coberto** pelo plano de saúde.

DICA: A ANS disponibiliza em seu portal uma [cartilha](#) para orientar o consumidor sobre o cancelamento



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS.
Acesse o portal e
confira os endereços.



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)



[@ANS_reguladora](https://twitter.com/ANS_reguladora)



[ansreguladora oficial](https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial)



[company/ans_reguladora](https://www.linkedin.com/company/ans_reguladora)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

