

Tire suas dúvidas sobre:

PLANOS DE SAÚDE



DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Núcleo Especializado de
Defesa do Consumidor



Escola
da Defensoria
Pública do Estado

O que é **Plano de Saúde**?



EXPEDIENTE

Texto
**Núcleo Especializado de
Defesa do Consumidor**

Revisão
**Coordenadoria de Comunicação
Social e Assessoria de Imprensa da
Defensoria Pública do Estado São Paulo**

Projeto Gráfico, Produção e Impressão
**EDEPE - Escola da Defensoria
Pública do Estado de São Paulo**

Ilustrações
Laura Schaer

2ª Edição - abril de 2016
Tiragem: 3.000 Exemplares

Plano de saúde é um serviço prestado por determinada empresa a fim de proporcionar auxílio médico-hospitalar ao consumidor.

Assim, ao assinar um contrato com certa empresa privada o consumidor passa a fazer parte do plano daquela empresa, que mediante um pagamento mensal terá a cobertura de suas despesas com médicos, hospitais, exames etc.

Os planos de saúde são regidos pela Lei nº 9.656 de 03.06.98, além de se submeterem ao Código de Defesa do Consumidor, haja vista a relação de consumo criada pela prestação de serviço.

Prazos fixados às operadoras de planos de saúde para consultas

PRAZOS DE ATENDIMENTO DEFINIDOS PELA ANS

Serviço	Prazo máximo
Pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	7 dias
Consultas nas demais especialidades médicas	14 dias
Consulta com fonoaudiólogo	10 dias
Consulta com nutricionista	10 dias
Consulta com psicólogo	10 dias
Consulta com terapeuta ocupacional	10 dias
Consulta com fisioterapeuta	10 dias
Consultas e procedimentos realizados em consultórios ou clínicas com cirurgião-dentista	7 dias
Diagnóstico em laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	3 dias
Demais serviços de diagnóstico em regime ambulatorial	10 dias
Procedimentos complexos	21 dias
Atendimento em regime de hospital	10 dias
Atendimento em regime de internação eletiva	21 dias
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	Determinada pelo profissional de saúde

Qual a diferença entre **contratos novos e antigos?**

Em 2 de julho de 1999 entrou em vigor a Lei que disciplina os Planos de Saúde (Lei n. 9.656/98). Assim todos os contratos celebrados a partir de 1º de janeiro de 1999 podem ser chamados “novos”, pois estão dentro da legislação, ao passo que os celebrados antes desta data permanecem

como planos antigos. Portanto, para saber se o plano que você está inserido é “antigo” ou “novo” verifique a data do seu contrato!

Se o contrato for antigo é só assinar os termos aditivos contratuais na empresa do seu plano de saúde, que ele será adaptado.

As principais diferenças entre os planos antigos (individuais ou familiares) são:

Desde janeiro de 1999 estão proibidos de serem comercializados;

Não estão registrados na ANS;

Apenas a inscrição de novos cônjuges e filhos é possível e isso só pode acontecer se houver previsão no contrato;

São absolutamente intransferíveis, ou seja, somente o titular e seus dependentes inscritos têm garantia de permanência no plano.

Importante: Em regra, embora anteriores a 1999, os planos são protegidos pelo Código de Defesa do Consumidor, que lhe garante uma série de direitos, sendo seu plano novo ou antigo.

Qual a diferença entre planos individuais e planos coletivos?



Plano Individual: Tem como objetivo atender uma pessoa, sua esposa, filhos e enteados (se houver). O indivíduo e a operadora são as partes do contrato, ele existe apenas enquanto o consumidor tiver interesse de manter o plano.

Plano Coletivo: Tem como objetivo atender a empresa ou associação, que é formada por várias pessoas, portanto, atende tantas pessoas quanto a empresa ou associação tiverem interesse de aderir o plano. Ao término do contrato coletivo, a operadora do plano de saúde pode requerer um valor de reajuste acima do índice de inflação do setor de saúde para a renovação; este preço será repassado aos indivíduos da empresa.

ATENÇÃO! Nos contratos coletivos empresariais (adesão automática) com 30 participantes ou mais, é proibida a exigência de cumprimento de carência!

Carências

O que é prazo de carência?

O prazo de carência é o período de tempo a contar do pagamento da mensalidade, no início do contrato, em que a pessoa não terá cobertura de certos atendimentos.



Em primeiro lugar o prazo de carência deve estar claramente expresso no contrato. O contrato deve prever qual será intervalo de tempo do pagamento da mensalidade até a cobertura de determinados serviços.

Recém nascido natural deve cumprir prazo de carência?

Se o plano abranger cobertura obstetrícia não é necessário o cumprimento do prazo de carência. Para isso, a inscrição do recém nascido como dependente deve ocorrer no prazo máximo de 30 dias do nascimento, além disso, o titular do plano deve ter cumprido 300 dias de carência (necessários para o parto).

E o filho adotivo?

Se o plano do titular incluir atendimento obstétrico a regra é a mesma do filho natural, porém se não incluir, a inscrição como dependente deve ser feita em até 30 dias contados da adoção. Basta, portanto, que o titular tenha cumprido os prazos de carência.

O prazo de carência pode mudar de plano para plano?

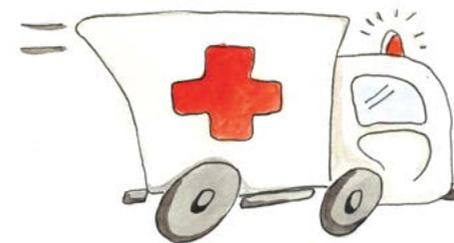
Sim. Porém, nos planos novos (aqueles celebrados a partir de 1º de janeiro de 1999) há limitações legais estabelecidas. São elas:

- Nos casos de urgência e emergência – prazo de 24 horas.
- Parto – prazo de 300 dias
- Demais casos (consultas, exames, internações etc.) – prazo de 180 dias.

Se eu atrasar o pagamento ou a renovação do contrato pode haver recontagem da carência?

Nos contratos individuais e familiares é totalmente proibida a recontagem da carência que já era prevista no contrato anterior em qualquer hipótese, seja pelo atraso no pagamento ou na renovação.

Atendimentos de urgência e emergência



O que é atendimento de urgência?

Atendimento de urgência é aquele causado por acidente pessoal, em data específica, que causam lesão física e não decorrem de uma doença.

EXEMPLOS DE URGÊNCIA: Um atropelamento, um tombo, queimar-se com água fervendo. As complicações no processo de gestação, também são consideradas como atendimento de urgência.

O que é atendimento de emergência?

Atendimento de emergência é aquele em que o paciente está em risco de vida ou de dano irreparável à saúde, constatado em declaração do médico assistente. Se não for feito, a vítima morrerá ou terá alguma seqüela gravíssima.

EXEMPLOS DE EMERGÊNCIA: Infarto, derrame, parada cardíaca, etc.

Caso o hospital onde se encontra o paciente não tenha recursos para a atenção necessária, a operadora é obrigada a garantir a remoção do paciente para outro hospital?

Sim! A operadora do plano de saúde tem obrigação de transferir o paciente em ambulância (com todos os recursos necessários para garantir a manutenção da vida do paciente, definidos pelo médico responsável) para outro hospital que tenha os recursos necessários para o atendimento necessário. **Lembre-se! O hospital deve pertencer à rede da operadora.**

Caso o meu plano não cubra internação, a operadora tem responsabilidade?

A responsabilidade da operadora se concentra apenas na remoção do paciente para o hospital público, essa obrigação termina assim que o registro do paciente é feito na unidade do SUS.

Se a pessoa não puder ser transferida por correr risco de vida, deve ser feito um acordo entre o plano de saúde e o contratante.

ATENÇÃO! Se a família decidir remover o paciente para um hospital que não seja o público o plano de saúde não tem obrigação alguma com responsabilidade médica e nem com a remoção do paciente.

Onde posso buscar ajuda?

Defensoria Pública do Estado de São Paulo

www.defensoria.sp.gov.br

ou na capital, pelo telefone: 0800 773 4340

Procon

www.procon.sp.gov.br

ou pelo telefone: 151

Consumidor.Gov

www.consumidor.gov.br

Ferramenta de tentativa de solução
extrajudicial de conflitos da
Secretaria Nacional de
Defesa do Consumidor (SENACON),
do Ministério da Justiça.