

PRAZOS DE CARÊNCIA

É um período pré-determinado no início do contrato, durante o qual você não pode usar integralmente os serviços oferecidos pelo plano ou seguro de saúde. As carências são de 24 horas para os casos de urgência e emergência, de 10 meses para partos, de 06 meses para demais situações e de 24 meses para as doenças e lesões preexistentes.

DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE

É aquela que o consumidor sabe ser portador no momento da contratação. Para estes casos há duas alternativas de cobertura:

Cobertura parcial temporária: o consumidor somente terá direito à cobertura completa da doença preexistente (procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia) após 24 meses de carência.

Agravo: acréscimo que o consumidor terá que pagar mensalmente para ter direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente. O agravo passará a fazer parte da mensalidade até o final do contrato. Se o agravo não for oferecido, denuncie aos órgãos de defesa do consumidor e/ou à ANS. Cobertura parcial temporária, carências, rol de alta complexidade ou mesmo agravo são objeto de discussão junto à ANS, uma vez que não atendem na íntegra às necessidades de assistência à saúde dos consumidores.

O QUE DIZ A LEI

As empresas de planos ou seguros de saúde poderão suspender ou rescindir os contratos: em caso de fraude comprovada (quando o consumidor omitiu informações ao contratar o plano ou seguro); quando houver atraso na mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato e desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

LEMBRE-SE

As empresas estão proibidas de interromper as internações hospitalares, inclusive em UTI.

Em nenhuma situação poderá haver limitação dos dias de internação, inclusive em UTI.

Fonte: www.procon.sp.gov.br

orienta **PRO CON** orienta

CAPIVARI-SP

Planos de Saúde

O que você deve saber sobre eles

Os planos e seguros de saúde têm regulamentação específica desde 1998. É a Lei 9.656. A Fundação Procon-SP elaborou este material para auxiliar você, consumidor, a tirar suas dúvidas e a se proteger contra possíveis problemas. Leia-o com atenção!

CUIDADOS ESPECIAIS

A pesquisa de preços e tipos de coberturas é fundamental!

Antes de assinar o contrato, analise previamente suas reais necessidades e condição financeira. Não aja por impulso!

Em caso de dúvidas, procure um órgão

de defesa do consumidor ou um advogado de confiança.

Consulte o Cadastro de Reclamações Fundamentadas da Fundação Procon-SP, fone 3824-0446, ou a página da internet www.procon.sp.gov.br, para verificar se há reclamações contra a empresa e se foram solucionadas.

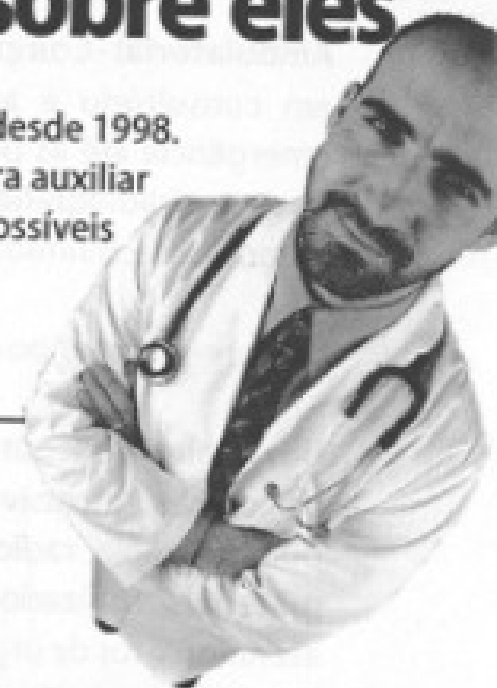
O CONTRATO

Leia o contrato com atenção, verifique se ele contém tudo o que foi prometido pelo vendedor ou corretor e risque os espaços em branco.

Nele deverão constar obrigatoriamente:

- as condições de admissão; • o início da vigência;
- os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames; • as faixas etárias e percentuais de reajuste; • as condições para a suspensão ou a rescisão do contrato; • os procedimentos médicos e hospitalares cobertos e excluídos; • as franquias ou agravos na mensalidade; • a área geográfica de abrangência do plano;
- os critérios de reajuste e revisão das mensalidades;
- o número do certificado de registro da operadora,

Importante: os reajustes, tanto anuais quanto referentes à mudança de faixa etária, somente poderão ser feitos com autorização prévia da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Guarde todo o material publicitário, como folhetos, publicidade em jornais, revistas, etc. Ele faz parte do contrato e



PROCON CAPIVARI-SP

Rua Sinharinha Frota, 383 - Centro - Capivari

Informações: (19) 3492-9200 e-mail: procon@capivari.sp.gov.br

FUNDAÇÃO
**PRO
CON**

CAPIVARI
PREFEITURA MUNICIPAL

**PRO
CON**

SAIBA QUE...

Você não é obrigado a adaptar o seu plano de saúde firmado antes da nova lei. Pode, no entanto, fazê-lo a qualquer tempo.

Em caso de mudança de empresa de plano de saúde, não há obrigatoriedade, por parte da mesma, de realizar a "compra de carências". Isto significa que os prazos já cumpridos no antigo plano podem ser perdidos. Tente negociar.

TIPOS DE PLANOS

Ambulatorial - Compreende a cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em consultório e ambulatório, atendimentos e procedimentos de urgência e emergência até as primeiras 12 horas, a realização de exames de laboratório e de imagem (radiografia, ultra-som, etc), bem como procedimentos especiais como hemodiálise, quimioterapia, hemoterapia ambulatorial, etc.

Lembre-se: este tipo de plano não cobre internações hospitalares.

Hospitalar - Assegura a cobertura de internações hospitalares com número ilimitado de diárias, inclusive em UTI, além de exames complementares, transfusões, quimioterapia, radioterapia, medicamentos anestésicos, taxa de sala nas cirurgias, materiais utilizados durante o período de internação. Inclui, também, os atendimentos de urgência e emergência que possam evoluir para internação.

Lembre-se: este tipo de plano não cobre consultas médicas e exames fora do período de internação.

Hospitalar com Obstetrícia - Acresce ao plano hospitalar a cobertura de consultas, exames e procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao recém-nascido, natural ou adotivo, durante os primeiros trinta dias de vida contados do nascimento ou adoção.

Lembre-se: avalie a necessidade de cobertura de obstetrícia pois, se esta contratação for dispensável, certamente trará redução no valor das mensalidades.

Odontológico - Apresenta cobertura para todos os procedimentos realizados em consultório, incluindo exames clínicos, dentística, endodontia, periodontia, exames radiológicos e cirurgias orais menores que possam ser realizadas em consultório, bem como atendimentos de urgência e emergência.

Referência - O mais completo de todos os planos previstos na legislação, compreende o atendimento ambulatorial, o hospitalar, além dos procedimentos de obstetrícia. Pode ou não englobar a assistência odontológica. Este tipo de plano

IMPORTANTE

As operadoras e seguradoras podem oferecer combinações diferentes de planos como, por exemplo, plano ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, plano ambulatorial + odontológico ou, ainda, plano hospitalar + odontológico. Cabe a você escolher aquele que lhe é mais adequado e que ofereça mais vantagens. As empresas de saúde privada podem oferecer planos com cobertura local, regional, nacional e até internacional. Se você não tem o hábito de viajar para o exterior, não contrate esta última, pois, com ela, o preço pode ser consideravelmente maior, pesando em seu orçamento.

FAIXA ETÁRIA

De acordo com a Lei 9.656/98, os planos firmados a partir de janeiro de 1999, ou os adaptados, estabelecem sete faixas etárias: zero a 17 anos; 18 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; 70 anos ou mais. A nova lei permite que estes planos sofram aumento por mudança de faixa etária, desde que o valor da mensalidade da sétima faixa não custe mais do que seis vezes o valor da primeira.

ATENÇÃO

As faixas etárias e os respectivos percentuais de reajuste deverão constar do contrato.

Tanto para os contratos novos, como para os adaptados, o consumidor com mais de 60 anos de idade, que participa de um plano ou seguro há mais de dez anos, não poderá sofrer reajuste em sua mensalidade por mudança de faixa etária. A ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar alterou as faixas etárias para os contratos celebrados após a vigência do Estatuto do Idoso (janeiro/2004).. Assim, os contratos firmados a partir de janeiro/2004 ou contratos firmados até dezembro/1998 que foram adaptados à Lei dos

Planos de Saúde, devem prever as seguintes faixas etárias:

0 a 18 anos;	39 a 43 anos;
19 a 23 anos;	44 a 48 anos;
24 a 28 anos;	49 a 53 anos;
29 a 33 anos;	54 a 58 anos;

Manteve-se a proibição de fixação de variação de preço da mensalidade superior a seis vezes, do valor verificado entre a última e a primeira faixa estipulada para o plano; A variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e a