

MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

OdontoSeg Operadora de Planos Odontológicos S.A

CNPJ: 14.891.935/0001-10
Nº de registro na ANS: 41928-1

Fone: 0800 888 4448 / **WhatsApp:** (11) 93406-4730
www.odontoseg.com

1. Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora do plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou um órgão público (coletivo empresarial) ou por uma associação profissional, um sindicato ou uma entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos, é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário, antes de se vincular a um plano coletivo, especialmente o plano por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os da pessoa jurídica contratante.

2. Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
Carência	É permitida a exigência de cumprimento de período – de carência de acordo com os limites máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/98: 24 horas para urgência/ emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração de contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários, sem o cumprimento de carência, desde que (1) eles tenham se vinculado à pessoa jurídica após os trinta dias da celebração do contrato ou (2) tenham formalizado a proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato.	
Mecanismo 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 taxados e como será sua participação financeira; (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar – exigência de perícia por profissional, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidos se houver previsão no contrato.		
Reajuste	Os planos individuais ou familiares devem obedecer ao percentual máximo divulgado pela ANS para aplicação de reajuste anual, exceto os de cobertura exclusivamente odontológica, que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente de alteração de idade do beneficiário, segundo faixa e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN no 563/2022.	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou no índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica contratante), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste, que não poderá ser inferior a 12 (doze) meses, os quais são contados a partir da celebração do contrato ou do último reajuste, não a partir do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados aos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança da faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN no 563/2022.	

Alterações na rede assistencial do plano	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, até mesmo as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes do comunicado aos beneficiários. A comunicação à ANS deve observar trinta dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar, para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
Vigência	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 (doze) meses, com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada, bem como sua renovação automática.
Regras de suspensão e/ou rescisão	Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou a suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode 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. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após vigência do período de doze meses, mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde do beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

3. Perda da Condição de Beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos, os beneficiários titulares e os seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, a associação profissional ou congênere, o órgão público ou a empresa.

4. Direitos dos art. 30 e 31, da Lei n.º 9.656/98, 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 em eventos, é assegurado o direito de permanência nesse plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou de aposentadoria. No caso de morte de titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos Art. 30 e 31, é assegurada a permanência de seu grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de trinta dias, após seu desligamento, para se manifestar, junto à empresa ou ao órgão público com que mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela sua permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de, no mínimo, seis meses, devendo ser proporcional ao período em que permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador quando da sua admissão em novo emprego ou em novo cargo.

5. Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto terão o direito de vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize esse plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de trinta dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Esse direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

6. Cobertura e Segmentação Assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde, isoladas ou combinadas, definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/98 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência após 24 horas, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/98.

A cobertura para acidente de trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

7. 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, em grupo de estados, municipal ou em grupo de municípios.

8. Área de Atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, em grupo de estados, municipal ou em grupo de municípios.

É importante que o beneficiário fique atento a essas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar do contrato de forma clara.

9. Administradora de Benefícios

Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência será considerada, como data de celebração do contrato coletivo, a data de ingresso da pessoa jurídica contratante no contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre esses e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Se ainda restarem dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque- ANS (0800 701 9656).

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 557/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP 20021-040 Rio de Janeiro – RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br / ouvidoria@ans.gov.br