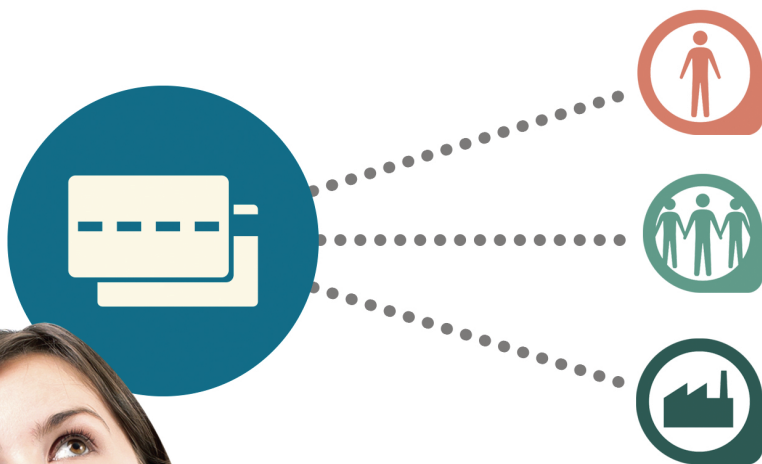


PLANO DE SAÚDE



*Informações
importantes
para escolher
o melhor
plano de saúde
para você e
sua família*

FIQUE ATENTO!

A operadora é obrigada a divulgar os planos de saúde que comercializa em sua página na internet.

1. Tipos de contratação:

QUE TIPO DE PLANO DE SAÚDE VOCÊ PODE TER?



Individual ou Familiar

Você procura a operadora para contratar o plano.



Coletivo por Adesão

Sua associação profissional ou sindicato contrata o plano para você.



Coletivo Empresarial

Sua empresa contrata o plano para você.



FIQUE ATENTO!

Verifique o que você está contratando. Só pode aderir a um plano coletivo por adesão quem estiver vinculado a uma associação profissional, sindicato ou órgão equivalente.

Troca de plano sem carência

É possível trocar de plano de saúde sem cumprir carência ou cobertura parcial temporária no plano novo.

Confira no site da ANS em quais casos isso pode acontecer (www.ans.gov.br em Planos e Operadoras - Contratação e Troca de Plano).

Use a opção do código ao lado para ir ao portal da ANS



Demitidos e aposentados

Se você foi demitido ou se aposentou, verifique se tem direito a permanecer no plano da sua empresa antes de contratar um plano individual. Veja mais informações no site da ANS (www.ans.gov.br em Planos e Operadoras - Contratação e Troca de Plano).

Use a opção do código ao lado para ir ao portal da ANS



2. Área geográfica de abrangência e área de atuação:
ONDE VOCÊ DESEJA SER ATENDIDO?

<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

3. Segmentação assistencial e cobertura:
QUE TIPO DE ATENDIMENTO VOCÊ PROCURA?

As coberturas do seu plano de saúde indicam a segmentação que ele possui.

Se você deseja atendimento:

Só para consultas, exames e terapias  ambulatorial	Só para internação sem cobertura para parto  hospitalar sem obstetrícia	Só para internação com cobertura para parto  hospitalar com obstetrícia	Para consultas, exames, terapias e internação   Ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia
Para consultas, exames, terapias, internação e parto   Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Só para consultas e exames odontológicos  Exclusivamente odontológica	Para consultas, exames, terapias, internação, parto e cobertura total após 24 horas da adesão ao plano em acomodação enfermaria  Referência	

Importante: A cobertura odontológica pode ser oferecida adicionalmente em um plano de cobertura médico-hospitalar, exceto na segmentação Referência.

Ex: Segmentação ambulatorial + odontológico, segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico.

Serviços e coberturas adicionais

A ANS estipula a cobertura mínima obrigatória que os planos devem oferecer, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Além dessa lista, as operadoras podem disponibilizar coberturas adicionais, como assistência farmacêutica, assistência/internação domiciliar e resgate domiciliar, por exemplo, o que deve ser especificado no contrato. Veja mais informações no site da ANS (www.ans.gov.br em Planos e Operadoras - Espaço do Consumidor).

Use a opção do código ao lado para ir ao portal da ANS



Acesso aos serviços

- Verifique em seu contrato ou pergunte à operadora, em caso de dúvidas, quais são os prazos de carência ou de cobertura parcial temporária para utilização do seu plano de saúde. Os prazos máximos estipulados em lei são:

Cobertura	Prazos máximos de carência
Urgências e Emergências	24 horas
Demais coberturas	180 dias
Partos a termo	300 dias

- Certifique-se se há regras específicas para a utilização dos serviços contratados. Por exemplo: há operadoras que exigem autorização prévia para a realização de procedimentos, como exames e internações.

4. Rede de prestadores:

Em que unidades ou por quais profissionais você quer ser atendido?

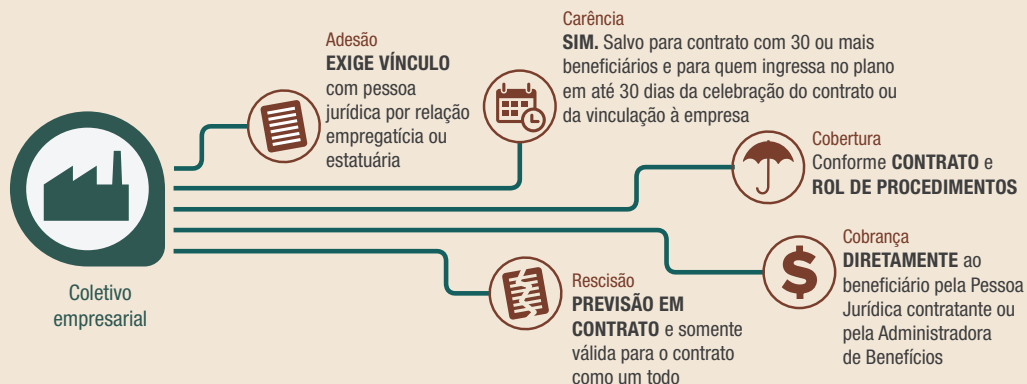
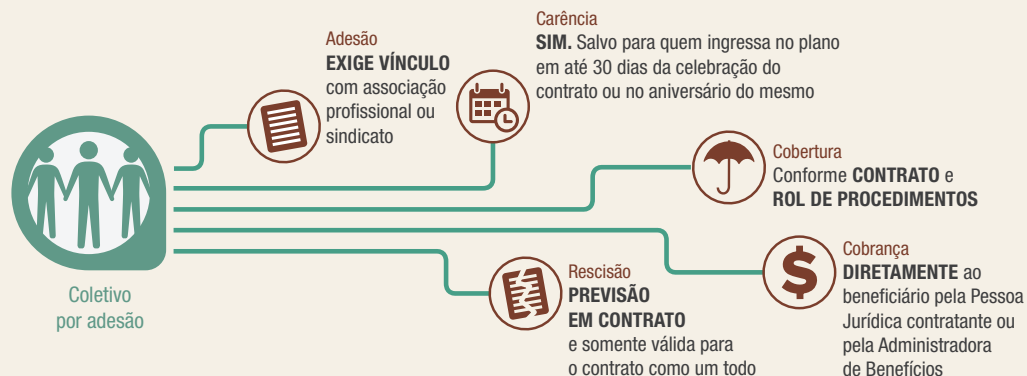
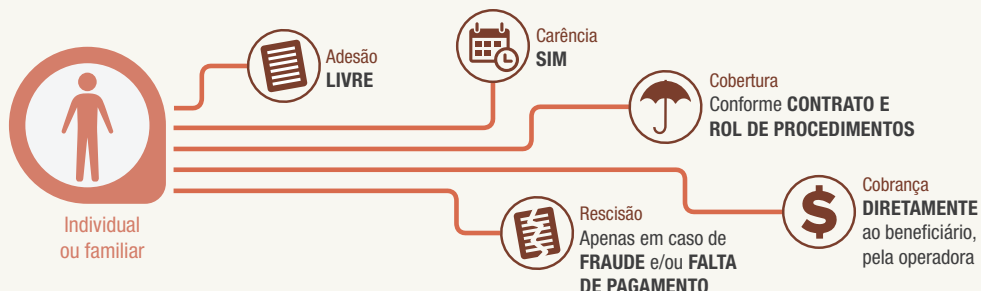
Cada plano de saúde tem a sua rede de hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde. Pesquise e compare entre os planos disponíveis no mercado antes de escolher o seu. Todas as operadoras são obrigadas a divulgar e manter atualizadas as suas redes de prestadores em seus sites na internet.



FIQUE ATENTO!

A rede de prestadores poderá sofrer alterações, mas as operadoras de planos de saúde têm obrigação de manter as informações atualizadas em seus sites na internet.

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS POR TIPO DE PLANO



5. Padrão de acomodação em internação:

QUE TIPO DE ACOMODAÇÃO VOCÊ QUER USAR EM CASO DE INTERNAÇÃO?

Há planos que oferecem acomodação coletiva (enfermaria) e outros que oferecem acomodação individual (apartamento).

6. Preço:

QUANTO CUSTA UM PLANO DE SAÚDE?

Ao avaliar o preço de um plano de saúde, não esqueça de considerar todas as características mencionadas nos itens anteriores. Compare os planos disponíveis no mercado e só depois decida o que melhor atende ao que você deseja. Saiba também que existem dois tipos de reajuste: o anual e o aumento por mudança de faixa etária. Veja mais informações no site da ANS (www.ans.gov.br em Planos e Operadoras - Espaço do Consumidor).

Use a opção do código ao lado para ir ao portal da ANS



As regras de reajuste variam de acordo com o tipo de contratação do plano:

-  Planos individuais/familiares: o percentual máximo de reajuste é definido pela ANS.
-  Planos coletivos empresariais ou por adesão com até 30 beneficiários: o percentual deve ser o mesmo para todos os planos com até 30 pessoas da mesma operadora. O índice deve ser divulgado no site da operadora.
-  Planos coletivos empresariais ou por adesão com mais de 30 beneficiários: o percentual é definido em negociação entre as operadoras e as pessoas jurídicas contratantes – empresas, associações, sindicatos ou entidades de classe.

FIQUE ATENTO!



Alguns planos possuem **coparticipação**: é o valor que será cobrado, além da mensalidade, por você já ter utilizado determinado serviço (ex. consultas, exames, internação, etc).

ONDE VOCÊ PODE ADQUIRIR UM PLANO DE SAÚDE?

A contratação pode ser feita diretamente com a operadora de planos de saúde ou por intermédio de corretores. No caso dos planos coletivos, a pessoa jurídica contratante (empresas, associações, sindicatos ou entidades de classe) também pode contar com o auxílio de uma administradora de benefícios. Você também pode procurar a administradora para tirar dúvidas sobre o plano.

ANTES DE ASSINAR A PROPOSTA DE ADESÃO VOCÊ DEVE:

-  Ler atentamente o contrato e esclarecer possíveis dúvidas com o corretor, com a operadora, com a administradora de benefícios ou com a ANS.
-  Ler a Carta de Orientação ao Beneficiário antes do preenchimento da Declaração de Saúde, formulário no qual você deve indicar doenças que saiba possuir.
-  Responder a Declaração de Saúde com informações verdadeiras. Se tiver dúvidas, peça para ser orientado por um médico. Você tem esse direito.
-  Verificar se o tipo de contratação do plano indicado na proposta de adesão corresponde àquele que você escolheu.

Para mais informações e outros esclarecimentos, entre em contato com a ANS. Veja abaixo nossos canais de atendimento:



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. *Use a opção do código
ao lado para ir ao portal da ANS*

