

Cobertura assistencial

Contratos

Tipos de plano

Coberturas obrigatórias

Planos novos e adaptados

SÉRIE
PLANOS DE SAÚDE
CONHEÇA SEUS DIREITOS



Cobertura assistencial

SÉRIE
PLANOS DE SAÚDE
CONHEÇA SEUS DIREITOS

2005

SUMÁRIO

Introdução	6
------------------	---

LEGISLAÇÃO E CONTRATOS

Legislação de saúde suplementar	7
A ANS e o equilíbrio do setor	7
O Contrato	8
Época da contratação	8

COBERTURA ASSISTENCIAL

Cobertura assistencial obrigatória.....	10
Cobertura assistencial obrigatória para plano novo e adaptado.....	12
Plano ambulatorial	12
Plano hospitalar sem obstetrícia.....	15
Plano hospitalar com obstetrícia.....	18
Plano odontológico.....	20
Plano referência.....	21
Exclusões para todos os tipos de planos	22
Principais avanços da cobertura com o advento da Lei 9.656/98	24

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil)

Cobertura assistencial: contratos, tipos de plano, coberturas obrigatórias, planos novos e adaptados. – 3. ed. rev. ; ampl. – Rio de Janeiro : ANS, 2005. 29 p. – (Planos de saúde: conheça seus direitos)

1. Política de saúde – consumidor. 2. Seguro saúde – consumidor.

I. Título. II. Série

INTRODUÇÃO

Informações indispensáveis ao consumidor

A cobertura assistencial é o conjunto de procedimentos a que o consumidor tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato firmado com a operadora.

Para orientar o consumidor, este guia constitui-se de duas partes. A primeira oferece dados sobre a legislação e sobre características de contratos, que são a base fundamental de informações para o consumidor. A segunda parte especifica cada cobertura assistencial de acordo com o que, pela legislação, é obrigatório e com o que é permitido excluir.

A LEGISLAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O setor de saúde suplementar tem como marcos a Lei 9.656/98, que regulamenta o setor, combinada às Medidas Provisórias que a alteraram (atualmente está em vigor a MP 2.177-44), e a Lei 9.961/00, que criou a ANS e regulamentou seu funcionamento.

A ANS e o equilíbrio do setor

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, criada pela Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, é uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, com sede no Rio de Janeiro e atuação em todo o território nacional.

A ANS foi constituída com a missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde pela regulação e fiscalização do setor, das relações das operadoras setoriais com prestadores de serviços de saúde e com usuários de planos de saúde, para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

O CONTRATO

Para conhecer exatamente a cobertura que o seu plano de saúde proporciona, você deve:

- ficar atento à época da contratação;
- ao tipo de plano contratado;
- a sua cobertura assistencial obrigatória;
- considerar a vigência do contrato.

Época da contratação

Dependendo da época em que seu plano de saúde foi contratado, ele poderá ser considerado como “antigo”, “novo” ou “adaptado”. Veja as diferenças:

Planos antigos

São aqueles contratados antes da Lei 9.656/98, ou seja, antes de 2/1/1999. Como são anteriores à legislação, a cobertura é exatamente a que consta no contrato e as exclusões estão expressamente relacionadas.

Planos novos

São os planos contratados a partir de 2/1/1999 e comercializados de acordo com as regras da Lei 9.656/98, que proporcionam aos consumidores a cobertura assistencial definida pela ANS relativa a todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), além de outras garantias.

Planos adaptados

São aqueles planos firmados antes de 2/1/1999 e, posteriormente, adaptados às regras da Lei 9.656/98, passando a garantir ao consumidor a mesma cobertura dos planos novos.

Os consumidores que têm um plano individual/familiar antigo podem adaptá-lo à Lei, bastando solicitar à sua operadora uma proposta para a adaptação de seu plano. Neste caso, a operadora é obrigada a oferecer-lhe uma proposta de adaptação, mas o consumidor não é obrigado a aceitá-la, podendo, caso seja conveniente, permanecer com o seu plano antigo.

Fique atento

O consumidor deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito de acordo com a data da celebração do contrato.

Abrangência geográfica

É a determinação da área geográfica na qual o consumidor terá atendimento. Essa área deve estar de forma clara e expressa no contrato e poderá ser: municipal, grupo de municípios, estadual, grupo de estados, nacional ou internacional.

COBERTURA ASSISTENCIAL OBRIGATÓRIA

As regras da legislação de saúde suplementar definem a cobertura obrigatória em função da assistência prestada, gerando segmentos específicos.

Você pode contratar um ou mais segmentos, independente da modalidade do seu plano de saúde: individual/familiar ou coletivo. Observe no quadro abaixo a cobertura obrigatória de cada segmento.

As operadoras poderão oferecer combinações diferentes, como: plano com cobertura ambulatorial + cobertura hospitalar com obstetrícia ou o plano com cobertura ambulatorial + cobertura odontológica. Cabe ao consumidor escolher o produto que oferecer mais vantagens.

As operadoras são obrigadas a oferecer o Plano de Referência. As segmentações, bem como suas diferentes combinações, são de oferecimento facultativo.

Fique atento

Para informar-se sobre as coberturas mínimas obrigatórias para os planos novos e adaptados, o consumidor pode consultar sua operadora. Permanecendo as dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

Segmento	Cobertura					
	Consultas	Exames	Tratamentos e outros procedimentos ambulatoriais	Internações	Partos	Tratamentos odontológicos
Ambulatorial	✓	✓	✓			
Hospitalar sem obstetrícia				✓		
Hospitalar com obstetrícia				✓	✓	
Odontológico						✓
Referência	✓	✓	✓	✓	✓	

COBERTURA ASSISTENCIAL PARA PLANO NOVO E ADAPTADO

Plano ambulatorial

Inclui os atendimentos em regime ambulatorial, inclusive exames, realizados em consultório ou ambulatório. Este segmento, portanto, não cobre internação hospitalar.

Coberturas

Aquelas previstas na legislação e no Rol de Procedimentos Médicos para a segmentação ambulatorial, incluindo, entre outras:

- ▶ consultas médicas em número ilimitado, realizadas em ambulatório ou consultório, em todas as especialidades médicas;
- ▶ consultas obstétricas para pré-natal, em número ilimitado;
- ▶ serviços de apoio diagnóstico e tratamentos realizados em ambulatório ou consultório;
- ▶ procedimentos ambulatoriais (inclusive as cirurgias ambulatoriais), mesmo quando realizadas em ambulatórios de hospital, desde que não caracterizem internação;
- ▶ cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência ou emergência pelo período de até 12 horas;

- ▶ remoção após realização dos atendimentos classificados como de urgência ou emergência para a continuidade de atenção ao paciente, quando caracterizada a falta de recursos na unidade ou pela necessidade de internação.
- ▶ procedimentos ambulatoriais que necessitem de anestesia local, sedação ou bloqueio, quando realizados em ambulatório;
- ▶ procedimentos considerados especiais, como por exemplo:
 - hemodiálise e diálise peritonial;
 - quimioterapia ambulatorial;
 - radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
 - hemoterapia ambulatorial;
 - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

Exclusões

- ▶ internação hospitalar;
- ▶ procedimentos que, embora não necessitem de internação, precisem de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 horas ou de serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CTI e similares;

- ▶ procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- ▶ procedimentos que exijam anestesia, salvo aqueles que podem ser realizados em ambulatório, com anestesia local, sedação ou bloqueio;
- ▶ quimioterapia intratecal ou as que demandem internação;
- ▶ radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;
- ▶ nutrição enteral ou parenteral;
- ▶ embolizações e radiologia intervencionista.

Plano hospitalar sem obstetrícia

Inclui os atendimentos realizados durante a internação hospitalar. Este plano não tem cobertura ambulatorial.

Coberturas

Aquelas previstas na legislação e no Rol de Procedimentos Médicos para o segmento hospitalar sem obstetrícia, incluindo, entre outros:

- ▶ internações em unidades hospitalares, inclusive em UTI/CTI, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade;
- ▶ honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- ▶ exames de diagnóstico e de controle da evolução da doença durante o período de internação;
- ▶ fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia realizados durante o período de internação;
- ▶ toda e qualquer taxa, incluindo os materiais utilizados, durante o período de internação;
- ▶ remoção do paciente para outra unidade hospitalar, quando comprovadamente necessária, dentro dos limites da cobertura geográfica previstos em contrato;
- ▶ despesas do acompanhante para pacientes menores de 18 anos;

- ▶ procedimentos buco-maxilares e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por determinação do médico assistente, necessitem de internação hospitalar;
- ▶ procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em regime de internação hospitalar, como por exemplo:
 - hemodiálise e diálise peritonial;
 - quimioterapia;
 - radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
 - hemoterapia;
 - nutrição parenteral e enteral;
 - procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - embolizações e radiologia intervencionista;
 - exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;
 - fisioterapia;
 - cirurgia plástica reconstrutiva de mama para tratamento de mutilação decorrente de câncer;
 - acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e de córnea, exceto medicação de manutenção.

Exclusões

- ▶ consultas ambulatoriais e domiciliares;
- ▶ atendimento obstétrico, como por exemplo, pré-natal e parto;
- ▶ tratamentos e procedimentos ambulatoriais.
- ▶ atendimento para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação

Plano hospitalar com obstetrícia

Inclui os atendimentos realizados durante a internação hospitalar e os procedimentos obstétricos, como por exemplo, pré-natal e parto.

Coberturas

Aquelas previstas na legislação e no Rol de Procedimentos Médicos para o segmento hospitalar com obstetrícia, incluindo, entre outras:

- ▶ procedimentos relativos ao pré-natal e assistência ao parto;
- ▶ partos;
- ▶ coberturas e benefícios para o recém-nascido:
 - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto;
 - inscrição assegurada como dependente ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, isento do cumprimento de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção.

Fique atento

A cobertura assistencial e a inscrição com isenção de carência só alcançam o recém-nascido após o cumprimento de 300 dias de carência pelo titular do plano.

Exclusões

- ▶ consultas ambulatoriais e domiciliares;
- ▶ tratamentos e procedimentos ambulatoriais não relacionados ao pré-natal;
- ▶ atendimentos para fins de diagnósticos, terapia ou recuperação.

Plano odontológico

Inclui os procedimentos odontológicos realizados em consultório.

Coberturas

Aquelas previstas na legislação e no Rol de Procedimentos Odontológicos, incluindo:

- ▶ consultas e exames clínicos;
- ▶ exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;
- ▶ procedimentos preventivos;
- ▶ procedimentos de dentística (restaurações);
- ▶ endodontia (tratamento de canal);
- ▶ periodontia (tratamentos de gengiva);
- ▶ cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral.

Exclusões

- ▶ procedimentos de prótese, tratamento ortodôntico e aqueles não listados no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS.

Plano referência

É a modalidade mais ampla de plano e que garante a assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica em todo o território brasileiro, com padrão de acomodação enfermaria. É obrigatório para as operadoras oferecerem o Plano Referência aos consumidores.

Coberturas

São aquelas relacionadas para o plano com cobertura ambulatorial somadas às previstas para o plano com cobertura hospitalar com obstetria, constantes da legislação e do Rol de Procedimentos Médicos.

Fique atento

Havendo indisponibilidade de leito em enfermaria nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

EXCLUSÕES PARA TODOS OS TIPOS DE PLANOS (CONTRATOS NOVOS E ADAPTADOS)

Observe os procedimentos que, de acordo com a legislação, não são obrigatoriamente cobertos pelas operadoras de planos de saúde:

- ▶ tratamento em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento de obesidade mórbida);
- ▶ tratamento em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- ▶ transplantes, à exceção de córnea e rim;
- ▶ tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- ▶ procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;
- ▶ fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos;
- ▶ fornecimento de medicamentos importados, não nacionalizados (fabricados e embalados no exterior);

- ▶ fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- ▶ inseminação artificial;
- ▶ tratamentos ilícitos, antiéticos ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- ▶ casos de cataclismos, guerras e comoções internas declaradas pelas autoridades competentes.

Fique atento

Não poderá haver limitação de número de consultas, de cobertura para exames e de prazo para internações, mesmo em leitos de alta tecnologia (UTI/CTI), salvo na assistência relacionada a transtornos psiquiátricos.

PRINCIPAIS AVANÇOS DA COBERTURA COM O ADVENTO DA LEI 9.656/98

Planos antigos	Planos novos ou adaptados
Limitações na quantidade de consultas e quanto a dias de internação e a número de procedimentos	
Muitos planos de saúde antigos limitam o atendimento para consultas médicas por ano e principalmente para internações, determinando um número fixo de dias para internação ou para sessões de fisioterapia.	Todos os procedimentos são ilimitados, inclusive consultas, dias de internação em CTI, exames, sessões de fisioterapia e outros, com exceção dos transtornos psiquiátricos.
Doenças preexistentes ou congênitas	
Alguns contratos antigos excluem totalmente a cobertura de doenças preexistentes ou congênitas.	As operadoras são obrigadas a tratar de consumidores com doenças preexistentes ou congênitas, em condições especiais.
AIDS e Câncer	
Muitos planos de saúde antigos excluem o tratamento dessas doenças.	A cobertura para essas doenças é obrigatória, nos limites do plano contratado (ambulatorial, hospitalar). Se o consumidor já era portador quando adquiriu o plano de saúde, essas doenças são consideradas preexistentes.
Doenças infecto-contagiosas, como Dengue, Febre Amarela e Malária	
A maioria dos contratos antigos não cobre doenças infecto-contagiosas ou epidemias como dengue, febre amarela e malária.	É obrigatória a cobertura assistencial para essas doenças, nos limites do plano contratado.

Planos antigos	Planos novos ou adaptados
Órteses e próteses	
A maioria dos planos de saúde antigos exclui a cobertura de qualquer tipo de órtese ou prótese.	É obrigatória a cobertura de órteses, próteses e seus acessórios, ligados ao ato cirúrgico, nos planos com cobertura para internação hospitalar, desde que não tenham finalidade estética.
Fisioterapia	
Tratamentos de fisioterapia são excluídos ou limitados a poucas sessões nos planos de saúde antigos.	Quando indicado pelo médico assistente do consumidor, o tratamento de fisioterapia é de cobertura obrigatória e em número ilimitado.
Distúrbios Visuais (Miopia, Hipermetropia e Astigmatismo)	
A maioria dos planos de saúde antigos exclui qualquer cirurgia para tratamento de distúrbios visuais.	É obrigatória a cobertura de cirurgias refrativas para pessoas com grau de miopia igual ou superior a 7, unilateral ou bilateral.
Obesidade mórbida	
Raramente os planos de saúde antigos cobrem cirurgias para o tratamento de obesidade mórbida.	Quando indicadas por médico assistente do consumidor, é obrigatória a cobertura de cirurgias para tratamento de obesidade mórbida.
Acompanhante	
Não há regulamentação na matéria, ficando a critério de cada operadora a definição da cobertura.	A lei obriga as operadoras de planos de saúde a oferecerem cobertura para acompanhantes de pacientes menores de 18 anos. É facultado estender esta cobertura a acompanhante de paciente maior de idade.

Planos antigos	Planos novos ou adaptados
Pessoas portadoras de deficiência	
Os planos de saúde antigos não eram obrigados a oferecer cobertura para pessoas portadoras de deficiência.	A lei assegura que ninguém pode ser impedido de participar de um plano de saúde por ser portador de qualquer tipo de deficiência.
Transtornos psiquiátricos	
Poucos planos de saúde antigos cobrem procedimentos psiquiátricos. Os pacientes com transtornos mentais, inclusive os dependentes químicos (alcoólatras e viciados em drogas), não tinham acesso ao tratamento básico de saúde mental.	A lei prevê o atendimento a portadores de transtornos mentais, inclusive nos casos de intoxicação ou abstinência provocadas por alcoolismo ou outras formas de dependência química. As operadoras devem cobrir lesões decorrentes de tentativas de suicídio.
Transplantes de rim e córnea	
Os planos de saúde antigos excluem, em geral, qualquer tipo de transplante.	Os planos com cobertura para internação hospitalar cobrem transplantes de rim e córnea, incluindo despesas com doadores vivos, medicamentos usados na internação, acompanhamento clínico no pós-operatório, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos.
Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e transfusão	
Poucos planos de saúde cobriam quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e transfusão, em geral com limitações de número de sessões.	A cobertura é obrigatória nos planos com cobertura ambulatorial, quando realizada em nível ambulatorial; nos planos com cobertura hospitalar, quando realizada durante a internação.

SÉRIE ANS

- 1 – Guia “ PLANOS DE SAÚDE - CONHEÇA SEUS DIREITOS” - Cobertura Assistencial
- 2 – Guia “ PLANOS DE SAÚDE - CONHEÇA SEUS DIREITOS” - Reajuste de Mensalidade
- 3 – Guia “ PLANOS DE SAÚDE - CONHEÇA SEUS DIREITOS” - Carência, Doenças e Lesões Preexistentes, Urgência e Emergência

PUBLICAÇÃO

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Avenida Augusto Severo, 84
Glória – CEP 20021-040
Rio de Janeiro, RJ – Brasil
www.ans.gov.br

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

COMO FALAR COM A ANS

Telefone

Ligação gratuita pelo Disque-ANS 0800-701-9656, de qualquer cidade do Brasil, de segunda a sexta-feira, entre 8 e 18 horas (horário de Brasília).

Internet

Em www.ans.gov.br há uma área específica com formulários para o envio de dúvidas, sugestões ou reclamações, o “Fale Conosco”.

Correio

Endereçar à Central de Atendimento ao Consumidor da ANS, situada à Rua Augusto Severo, 84 – Glória - Rio de Janeiro, RJ 20021-040.