

Desvendando mitos por trás dos planos de saúde



happy life
• CORRETORA DE SEGUROS •

Copyright © 2020 por Happy Life Corretora de Seguros e Consultoria Ltda.

Distribuição e Reprodução são estritamente proibidas por lei.

Edição de Outubro de 2020.

Publicado por Happy Life Corretora de Seguros e Consultoria. São Paulo/SP, Brasil.

Qualquer solicitação de impressão para terceiros, distribuição ou para qualquer uso que não seja do comprador deste livro devem ser encaminhadas para marketing@happylife.com.br



SUMÁRIO

1) O que é plano de saúde?.....	5
2) O que o seu plano de saúde deve cobrir?.....	6
3) Como funciona o plano de saúde empresarial?..	7
4) O que é plano de saúde com coparticipação?.....	8
5) O que é plano de saúde sem coparticipação?.....	9
6) O que é plano de saúde por contratação compulsória...	10
7) O que é plano de saúde por adesão.....	11
8) O que é plano de saúde por adesão através de entidades de classe.....	11
9) O que é carência.....	12
10) O que é carência parcial temporária?.....	13
11) Como escolher o melhor plano de saúde para minha empresa?.....	14
12) Como identificar o melhor custo benefício?.....	15
13) Com qual frequência devo revisar meu contrato?.....	16
14) Quais são as principais operadoras e seguradoras do Brasil?.....	17

Perguntas Frequentes:

a) Qual plano de saúde cobre cirurgia plástica?.....	18
b) O que fazer quando o plano de saúde não cobre um exame?.....	19
c) Como cancelar o plano de saúde?.....	20
d) Qual o Rol de procedimentos assegurados pela ANS?...	21
e) Consulta com Fisioterapeuta.....	22
f) Consulta com nutricionista.....	23
g) Consulta com fonoaudiólogo.....	24
h) Consulta com psicólogo.....	25
i) Consulta com terapeuta ocupacional.....	26
j) Sessão de psicoterapia.....	27
Sobre a Happy Life.....	28

Com este e-book, você será capaz de compreender o que é plano de saúde e todas as informações necessárias para contratar o plano com melhor custo-benefício para sua empresa.

1- O QUE É PLANO DE SAÚDE?



De acordo com a ANS

(Agência Nacional de Saúde) o plano de saúde é um serviço oferecido por empresas privadas, sendo elas operadoras e seguradoras com o objetivo de prestar a assistência médica.

A assistência à saúde é um direito de todos os cidadãos brasileiros. Existe também um serviço

gratuito oferecido pelo governo, o SUS. Entretanto este sistema é deficitário, deste modo o governo permite que a iniciativa privada forneça este tipo de serviço como modo complementar à saúde.

Conforme a Lei 9.656/1998 define como operadora de saúde sendo a pessoa jurídica sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de

autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preços pré ou pós estabelecidos, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde.

Sendo assim as

operadoras prestam um serviço mediante a um contrato, além disso a ANS possibilita as operadoras possuírem uma rede própria, ou seja, uma gestão própria. No caso das seguradoras, esta trabalhará com uma rede referenciada. Os procedimentos são iguais, definidos pelo Rol da ANS. Portanto, o que diferencia uma operadora de uma seguradora são as redes de atendimento e o reembolso.

2 - O QUE O SEU PLANO DE SAÚDE DEVE COBRIR?

A ANS define uma lista de consultas, exames e tratamentos denominados como Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que estão relacionados com cada tipo de produto, sendo eles: ambulatorial, hospital com ou sem obstetrícia, referência. Para hospitais, laboratórios e médicos deve-se notar dois principais pontos: primeiramente se o seu plano dá direito à internação hospitalar, sendo eles: hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia ou referência. O segundo ponto é checar a rede credenciada que o seu plano oferece e (cobre).

3- COMO FUNCIONA O PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL?

Primeiramente deverá entender-se na contratação, se é mais conveniente um plano de uma operadora de saúde ou de uma seguradora de saúde.

Depois da contratação finalizada, haverá uma implantação do benefício, ou seja, a consultoria irá junto com o representante da operadora na empresa, com a finalidade de orientar os colaboradores a usar o plano de saúde de forma consciente.

Além disso, os beneficiários deverão buscar a rede de atendimento através dos instrumentos disponibilizados, ter informações sobre carências, caso existam.

O PME até 29 vidas tem carência, também a opção do plano de continuidade, reembolso, autorização de guias, contribuição definida da coparticipação, se for o caso, etc.

Ademais, no plano de saúde empresarial o benefício poderá ser estendido aos dependentes.

Sendo assim, existem diferentes formas de contratação, ele poderá ser compulsório ou adesão sendo contributário ou não contributário. Se for contributário o funcionário terá direito do plano de continuidade.

4- O QUE É PLANO DE SAÚDE COM COPARTICIPAÇÃO?

O plano de saúde com coparticipação nada mais é do que o consumidor final, ou seja, o usuário pagar uma parte das despesas da operadora pelo atendimento prestado. Essa taxa pode ser variável. Sendo um valor fixo ou percentual, tudo de acordo com o plano e a operadora que prestará este serviço.

5- O QUE É PLANO DE SAÚDE SEM COPARTICIPAÇÃO?

O plano de saúde sem coparticipação, prevê todas as coberturas do ROL de procedimentos, inclusas no valor fixo da mensalidade. Desse modo o consumidor final paga um valor fixo por mês, que incluirá os procedimentos contratados sem gerar nenhum custo extra. No entanto o valor será maior em relação ao plano com coparticipação.

6- O QUE É PLANO POR CONTRATAÇÃO COMPULSÓRIA

O plano de saúde por contratação compulsória, é um plano de saúde empresarial onde 100% dos funcionários, (sejam eles: sócios, diretores e demais funções) devem entrar no contrato. É possível que exista mais de um tipo de plano, que também poderá entrar sócios, diretores, estagiários e, eventualmente prestadores de serviços.

7- O QUE É PLANO DE SAÚDE POR ADESÃO?

O plano de saúde por adesão é quando uma empresa apresenta a opção de o colaborador aderir ou não ao plano. Sendo a empresa a contratante, podendo ela pagar ou não, parte do custo e o restante ser descontado em folha de pagamento.

8- O QUE É PLANO DE SAÚDE POR ADESÃO ATRAVÉS DE ENTIDADES DE CLASSE?

O plano de saúde por adesão espontânea feito através de uma entidade de classe, são os planos que para ser adquirido torna-se necessário que a pessoa pertença a uma entidade com elegibilidade. A associação de classe, ou a uma categoria profissional como por exemplo: os conselhos profissionais.

Além dessas entidades os sindicatos de trabalhadores também poderão ser contratantes, ou seja, através dessas associações o beneficiário poderá entrar em um plano com o valor especial a categoria.

Caso seja necessário fazer a cobrança diretamente ao aderente, faz-se necessário a intermediação de uma administradora de benefícios.

9- O QUE É CARÊNCIA?

A carência é o tempo de espera para obter atendimento do plano de saúde em um determinado procedimento. Para os considerados “planos novos” ou os planos que se adaptaram à legislação, valem as regras da Lei de 9.656/98. Sendo assim:

Para planos individuais ou familiares há a aplicação de carências.

Para planos PME de até 29 vidas, há aplicação de carências.

Para planos coletivos empresariais a partir de 30 beneficiários há a isenção de carências.

Para planos coletivos por adesão poderá haver aplicação de carência.

10- O QUE É CARÊNCIA PARCIAL TEMPORÁRIA?

A carência parcial temporária acontece quando o beneficiário possui doenças pré-existentes à contratação do plano. A ANS prevê que as preexistências (CPT) poderão chegar a 24 meses da contratação, assegura-se nestes casos que o beneficiário contará com uma carência maior, e poderá cumprir até 24 meses, a depender de sua pré-existência.

11-COMO ESCOLHER O MELHOR PLANO DE SAÚDE PARA A MINHA EMPRESA?

Para escolher o plano de saúde mais conveniente para sua empresa, torna-se necessário fazer uma análise da região geográfica, ou seja, onde a empresa está instalada e analisar a distribuição geográfica, a região em que os seus funcionários residem.

A partir dessa análise, a consultoria poderá indicar o melhor produto mais adequado para a sua empresa, uma vez que o melhor plano de saúde só poderá ser encontrado através de uma análise criteriosa da amplitude e qualidade da rede credenciada, assim como a acessibilidade, etc.

Gerando assim, uma boa relação de custo/benefício, dentro de sua política de benefícios, (onde a consultoria encontrará uma boa rede credenciada para atendimento) e com o valor que se encaixe no bugget orçado.

12- COMO IDENTIFICAR O MELHOR CUSTO BENEFÍCIO?

Para identificar o melhor custo benefício, a empresa deve ter definido um bugget para a contratação. Sabendo do valor disponível e, se o atendimento será regional ou a nível nacional, a consultoria buscará no mercado, a operadora que melhor se enquadre e os planos mais ajustados.

Depois, irá realizar uma análise da região geográfica dos funcionários/dependentes. E a partir desta análise identificar a melhor operadora/seguradora que se encaixe nas necessidades da empresa. E por fim, definir se o benefício será pago integralmente pela empresa, ou se será compartilhado com seus funcionários. Optando pela contribuição financeira do funcionário o valor será outro.

13- COM QUAL FREQUÊNCIA DEVO REVISAR MEU CONTRATO?

Os contratos tem normalmente, um prazo inicial de 12 meses, podendo ser renovados por períodos sucessivos, iniciam com o prazo de 24 meses de prazo, sendo renovados por igual prazo ou a cada 12 meses.

Para a renovação iniciam-se novos estudos com um prazo de 60 (sessenta) dias antes do vencimento antes do aniversário do contrato. E a Operadora/Seguradora detentora do contrato, também inicia as avaliações dentro deste período.

A partir da renovação a cada 12 meses, deve-se revisar o contrato com 60 dias antecedente ao vencimento.

Deve-se revisar o contrato quando a sinistralidade está alta. Os contratos possuem dois índices de reajuste anual, por variação da inflação e por variação da sinistralidade. E, por praxe os avisos prévios de cancelamento são de 60 dias.

14- QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS OPERADORAS E SEGURADORAS DO BRASIL?

Existe no Brasil mais de mil operadoras de assistência médica, entre seguradoras, medicinas de grupo e cooperativa, operando algumas a nível local, regional ou nacional.

É importante se lembrar que a UNIMED embora seja um Sistema de Cooperativismo, são consideradas "independentes".

PERGUNTAS FREQUENTES

A- QUAL PLANO DE SAÚDE COBRE CIRURGIA PLÁSTICA?

O plano de saúde não é obrigado a cobrir procedimentos estéticos. Entretanto cirurgias reparadoras, o plano de saúde é obrigado a custear todo o procedimento. Listaremos abaixo algumas das cirurgias reparadoras que o plano de saúde deve custear:

- Cirurgia de mão;
- Reconstruções de Mama e Face;
- Tratamento da paralisia facial;
- Reconstruções de orelha;
- Reconstruções pós-traumas diversos;
- Tratamentos de tumores de pele;
- Tratamento de pacientes vítimas de queimaduras (tratamento agudo e de sequelas da queimadura);
- Tratamento de cicatrizes patológicas (queloides e cicatrizes hipertróficas);
- Entre outras cirurgias.

B- O QUE FAZER QUANDO O PLANO DE SAÚDE NÃO COBRE UM EXAME?

Os planos de saúde devem cobrir todas as despesas com os exames para diagnóstico previstos no Rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, conforme normativo vigente na época do evento, realizados em regime ambulatorial (mesmo que em ambiente hospitalar), quando solicitados pelo médico assistente ou, nos casos de natureza odontológica, pelo cirurgião dentista assistente. Desse modo, o plano de saúde deve cobrir exames que estão previstos no Rol da ANS. Se o plano não cobrir, o beneficiário deverá pagar diretamente ou poderá negociar com a operadora para verificar se a mesma o autoriza, e por fim deve buscar o exame na lista para reivindicar seus direitos ou não.

C- COMO CANCELAR O PLANO DE SAÚDE?

Se o seu plano for o plano coletivo empresarial, neste caso você deve proceder dessa forma: O beneficiário titular poderá solicitar à empresa em que trabalha, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente do contrato de plano de saúde coletivo empresarial.

A empresa deverá informar à operadora, para que esta tome as medidas cabíveis, em até 30 dias.

D- QUAL O ROL DE PROCEDIMENTOS ASSEGURADOS PELA ANS?

- Consultas médicas
- Exames para diagnóstico
- Procedimentos terapêuticos:
 - 1) Reeducação e Reabilitação Física (Fisioterapia)
 - 2) Nutrição, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Psicologia
 - 3) Psicoterapia
 - 4) Procedimentos Especiais (Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD; Quimioterapia oncológica ambulatorial, Radioterapia, Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial, Hemoterapia ambulatorial, Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais)
- Planejamento Familiar
- Cirurgias Ambulatoriais
- Atendimentos em unidades de Pronto-Socorro e de Pronto Atendimento
- Remoções
- Internações hospitalares (despesas hospitalares e honorários médicos)
- Cobertura de eventos especiais:
 - Doenças Infectocontagiosas e de Notificação Compulsória
 - AIDS (Síndrome da Imunodeficiência adquirida)
 - Outras doenças infectocontagiosas e de notificação compulsória
 - Transplantes
 - Saúde mental (serão cobertos todos os procedimentos, clínicos, cirúrgicos, decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.
- Cobertura Obstétrica:

A cobertura do parto somente será garantida, desde que a mãe seja beneficiária inscrita no contrato e não se encontre em carência específica

Além disso de acordo com atualização do rol da ANS no ano de 2010, existe um número de consultas preestabelecido com alguns profissionais,

CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA

Cobertura obrigatória de 2 consultas de fisioterapia, por ano de contrato, para cada novo CID apresentado pelo paciente, e consequente necessidade de construção de novo diagnóstico fisioterapêutico.

CONSULTA COM NUTRICIONISTA

Cobertura mínima obrigatória, de 12 consultas, por ano de contrato, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso / altura);**
- b. jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/ altura);**
- c. idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (Índice de Massa Corpórea (IMC) <22 kg/m²);**
- d. pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;**
- e. pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²) com mais de 16 anos;**
 - f. pacientes ostomizados;**
 - g. após cirurgia gastrointestinal;**
- h. para gestantes, puérperas e mulheres em amamentação até 6 meses após o parto.**

Cobertura mínima obrigatória, de 18 sessões por ano de contrato, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato

CONSULTA/SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO

Cobertura mínima obrigatória de 24 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.6);
- b. pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- c. pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- d. pacientes com transtornos hipercinéticos –TDAH (CID F90);
- e. dislexia e outras disfunções simbólicas, não classificadas em outra parte (CID R48);
- f. pacientes com apnéia de sono (G47.3);
- g. pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (T-20);
- h. pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (T-27);
- i. pacientes com queimadura de boca e da faringe (T-28.0);
- j. pacientes com disfonia não crônica (CID R49.0).

Cobertura mínima obrigatória de 48 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com gagueira [tartamudez] (CID F.98.5);
- b. pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80); CID F80.1; CID F80.2; CID F80.9);
- c. pacientes com disfagia nos casos onde haja dificuldade na deglutição comprometendo e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (CID R13);
- d. pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disartria e anartria; apraxia e dislexia (CID R47.1; R48.2 e R48.0);

Continuação:

- e. pacientes com disfonia causada por paralisia das cordas vocais e da laringe), pólipos das cordas vocais e da laringe, edema na laringe, presença de laringe artificial, neoplasia benigna da laringe), carcinoma in situ da laringe, doenças das cordas vocais e da laringe e outras doenças de corda vocal (CID J38.0; CID J38.1; CID J38.4; CID Z96.3; CID D14.1; CID D02.0; CID J.38; CID J38.3);
- f. pacientes com perda de audição (CID H90 e H91) nos quais seja caracterizada deficiência auditiva como perda auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz mediante o disposto no capítulo II do Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004;
- g. pacientes portadores de retardo mental leve com transtorno de fala (CID F70) e retardo mental não especificado com transtorno de fala (CID F79).

Cobertura

mínima obrigatória de 96 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes portadores de Implante Coclear;
- b. pacientes portadores de Prótese Auditiva Ancorada no Osso;
- c. pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento Autismo (CID F84.0; CID F84.1; CID F84.3; F84.5; CID F84.9);
- d. pacientes portadores do diagnóstico de disfasia e afasia (CID R47.0).

Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 12 consultas/sessões por ano de contrato

CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO

Cobertura mínima obrigatória de 12 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes candidatos a cirurgia de esterilização feminina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária / Laqueadura Tubária Laparoscópica);
- b. pacientes candidatos a cirurgia de esterilização masculina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia);
- c. pacientes candidatos a gastropastia e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Gastropastia(Cirurgia Bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica;
- d. pacientes candidatos a cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de utilização do procedimento: Implante Coclear;
- e. pacientes ostomizados e estomizados e que se enquadram nos critérios estabelecidos no Protocolo de Utilização do procedimento: Fornecimento de Equipamentos Coletores e Adjuvantes para Colostomia, Ileostomia e Urostomia, Sonda Vesical de Demora e Coletor de Urina

CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL Cobertura

mínima obrigatória de 12 consultas/sessões, por ano de contrato, quando

preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F03);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F79);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82, F83);
- d. pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99);e.pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 A M99).

SESSÃO DE PSICOTERAPIA

Cobertura

mínima obrigatória de 18 sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo

menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);
- e. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30 a F39);
- f. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19);
- g. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade. (CID F60 a F69).

SOBRE A HAPPY LIFE

A Happy Life é uma Corretora de Seguros e Consultoria que foi criada pelo Sr. Alejandro Herbón Pérez no ano de 2001, após seu vasto conhecimento no mercado de planos de saúde.

A Happy Life tem como missão a atenção e sinceridade com o cliente, entregando soluções em saúde.

Contato: (11) 3285-5200/ (11) 96448-0010

Endereço: Rua Matias Aires, 402 - 1º Andar, cj 11