

**SEJA BEM-VINDO!**

**NÓS SOMOS PARTE DA SAÚDE SUPLEMENTAR DO BRASIL.**

Seja muito bem-vindo a este portal da **FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – FENASAÚDE.**

Nós somos a representação institucional das empresas de seguro saúde e medicina de grupo e, temos muitos temas importantes para abordar neste espaço.

A saúde suplementar é constituída por empresas privadas que se organizam como seguradoras ou medicina de grupo e, prestam serviços de saúde para usuários que contratam individualmente ou, em planos empresariais coletivos ou por adesão.

Além das seguradoras e das empresas de medicina de grupo também existem cooperativas médicas e autogestão, mas, essas modalidades não integram a FENASAÚDE.

**É IMPORTANTE SABER**

**Quem contrata planos de saúde?**

A pessoa que contrata com uma operadora de saúde – seguradora ou medicina de grupo -, é denominado **usuário**. E as pessoas indicadas pelo usuário para utilizarem os serviços de saúde são os **beneficiários**.

Assim, se Paula Maria é casada e tem três filhos e contrata um plano de saúde coletivo por adesão, ela será denominada de **usuária** e seu marido e filhos serão os **beneficiários**.



## **Quais os direitos de quem contrata um plano de saúde.**

O setor de saúde suplementar é regulado pela Lei n. 9.656, de 1998, que entrou em vigor em janeiro de 1999.

Alguns contratos de saúde suplementar não se encontram submetidos a essa lei, porque já existiam antes dela. Os que foram contratados após 1999 já se encontram regulados por ela.

Você sabe a data da sua contratação? É importante saber para poder ter certeza se a regulação é a da lei ou, se será aquela especificada no contrato.

**Quem pode informar a data da contratação?** Você encontrará essa data no contrato de plano de saúde. É sempre bom deixar o contrato guardado em lugar de fácil acesso, para que você possa consultar as informações que necessita.

Além da Lei 9.656, de 1998, os contratos de planos de saúde são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, órgão do governo federal, vinculado ao Ministério da Saúde, que regula e fiscaliza todas as operadoras de saúde no Brasil.

A saúde é sempre uma área muito sensível na vida de todas as pessoas e, por isso, o setor tem muitas normas reguladoras para garantir a organização e o bom funcionamento, inclusive porque se trata de um setor complexo com muitos participantes e diversificadas funções.

## **Quais os deveres de quem contrata um plano de saúde?**

Alguns deveres são essenciais para quem contrata um plano de saúde. O primeiro deles é efetuar o pagamento do valor das mensalidades em dia, para evitar qualquer tipo de transtorno no atendimento.

Outro dever importante é agendar procedimentos ou, comparecimentos a consultas e atendimentos sempre com a carteira

de usuário e documento de identidade em mãos, para agilizar o atendimento. Nos contatos telefônicos a carteira de usuário e a de identidade também são necessárias, para que a atendente possa confirmar que está falando com o verdadeiro usuário ou beneficiário.

Outro dever importante é conhecer as regras de utilização e cumpri-las. Por exemplo: se o seguro saúde contratado permite o reembolso de despesas médicas é fundamental que o pagamento seja feito, antes que o reembolso seja solicitado. Não há reembolso sem pagamento do procedimento de saúde utilizado, seja consulta médica ou qualquer outra modalidade.

Esses aspectos são essenciais para que o funcionamento do sistema seja organizado, ágil e eficiente, que é o maior desejo de todos os usuários e beneficiários.

**Onde posso tirar dúvidas sobre a correta utilização do meu plano de saúde?**



Comece pelo **SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE – SAC** da empresa de saúde suplementar com a qual você contratou.

O serviço de SAC é gratuito e regulado por lei. O Decreto-Lei 6.523, de 2008, conhecido como “Lei do SAC”, determina que as relações entre a pessoa que liga e a que atende devem ocorrer com

observância dos princípios da dignidade, boa-fé, transparência, eficiência, eficácia, celeridade e cordialidade.

Se as informações do SAC não forem bem fundamentadas, entre em contato com a **OUVIDORIA** da operadora de saúde. A OUVIDORIA tem autonomia em suas decisões, ou seja, liberdade para rever decisões adotadas anteriormente sempre que haja fundamento na lei e no contrato para isso. Decisões equivocadamente adotadas poderão ser revistas pela OUVIDORIA sem custo para o usuário, com agilidade e sem nenhum desgaste.

### **As Operadoras de Saúde Suplementar querem resolver problemas dos usuários?**



As empresas de seguro saúde e medicina de grupo investem muitos recursos para capacitarem seus atendentes de SAC e OUVIDORIA e, para possuírem equipamentos eficientes que possam dar conta do atendimento de milhares de pessoas ao mesmo tempo.

Toda solução obtida por meio de SAC ou de OUVIDORIA é um ponto positivo contabilizado para as empresas de saúde suplementar, porque aumenta a credibilidade do usuário, protege o valor reputacional da marca e, concretiza a eficiência na prestação de serviços.

### **A empresa de seguro saúde ou medicina de grupo tem lucro quando deixa de atender o usuário ou seus beneficiários?**

Não! Em nenhuma hipótese!

O pagamento mensal realizado pelo usuário é dividido em partes. Uma delas é depositada no fundo mutual, de onde sairão todos os valores necessários para o pagamento dos procedimentos de saúde que tiverem sido contratados pelo usuário para ele e seus beneficiários.

Outra parte do pagamento mensal é destinada aos tributos que a operadora de saúde deve pagar por força de lei; e outra parte, destinada ao pagamento das despesas administrativas e de distribuição dos contratos de saúde no mercado.

Uma outra parte, por fim, é contabilizada como lucro da empresa de saúde suplementar, seja ela seguradora ou medicina de grupo.

Os procedimentos de saúde – consultas, internações, tratamento ambulatorial, exames clínicos, dispositivos médicos implantáveis, entre muitos outros -, são pagos com os recursos do fundo mutual cujo valor total pertence aos usuários e não à operadora.

Sempre que o usuário ou seus beneficiários utilizarem um procedimento de saúde o valor para pagamento será retirado do fundo mutual e não da conta de lucro da seguradora.

Por essa razão, não há nenhum interesse da operadora de saúde em negar o pagamento ou reembolso de um procedimento de saúde, porque isso não acrescenta resultado positivo em sua conta de lucro. Em contrapartida, sempre que são pagos pelo fundo mutual valores indevidos, para procedimentos de saúde não previsto no rol de procedimentos ou nos contratos, o fundo mutual sofre utilização ilegítima e pode ficar fragilizado, ou seja, com menor quantidade de recursos do que o necessário.

Muitas outras informações são importantes para os usuários e beneficiários da saúde suplementar no Brasil.

Neste espaço de Diálogo com o Consumidor vamos manter você informado e, com isso, esperamos contribuir para que você utilize melhor seu contrato de saúde suplementar. Visite sempre!