



Glossário

termos do plano de saúde

ConSulMed
CONSULTORIA

Acidente pessoal: É o evento com data caracterizada e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

Agravo: É o acréscimo pecuniário ao valor da taxa mensal de manutenção, por período determinado, em contraprestação pelo atendimento imediato de doença e/ou lesões preexistentes, respeitadas as carências. A aceitação do agravo é opcional, podendo o usuário optar pela extensão das carências para aquela doença específica, pelo prazo de 24 meses.

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão que regula e define as normas dos planos de saúde e odontológicos, vinculada ao Ministério da Saúde. Funciona como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, incluindo a autorização de reajustes do valor dos planos e a definição do rol de procedimentos médicos.

Ambulatório: Conjunto de consultórios, com várias especialidades médicas, preparadas para pronto atendimento em pequenos procedimentos (suturas, pequenas cirurgias, etc.) e consultas.

ASSOCIADO / CONVENIADO: No caso das empresas de assistência médica, qualquer pessoa que mantenha um contrato com as mesmas.

BENEFICIÁRIO: Toda pessoa que participe de um plano de assistência médica.

CARÊNCIA: Período, contado a partir da data de vigência do contrato, que o associado deve permanecer, ininterruptamente no plano, sem direito à(s) garantia(s) coberta(s) por este. A carência existe para dar equilíbrio ao plano de saúde. Sem ela o contrato estaria comprometido, pois se a empresa tivesse que prestar todo o tipo de atendimento sem carência, provavelmente seus custos seriam maiores que a arrecadação, inviabilizando o processo. Portanto, a carência é um fator de garantia para as duas partes. Os períodos máximos de carências estão de terminados na regulamentação dos planos de saúde.

CARÊNCIA E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Os períodos de carência são contados a partir do início da vigência do contrato. Após cumprida a carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação. Os prazos máximos de carência estabelecidos na Lei nº 9.656/98 são:

urgência e emergência: 24h

• parto a termo: 300 dias*

• demais casos (consultas, exames, internações, cirurgias): 180 dias

• doenças e lesões preexistentes: 2 anos

*Obs.: quando o parto acontece antes, é tratado como procedimento de urgência. Cobertura Parcial Temporária é o período de até 24 meses, estabelecido em contrato, durante o qual o beneficiário não terá cobertura àquelas doenças e lesões preexistentes declaradas. Neste período, pode haver exclusão de eventos cirúrgicos, internações em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade

CIRURGIA ELETIVA: É aquela necessária para tratamento médico do cliente do plano de saúde, que não se reveste das características de urgência ou emergência, ou seja, quando ele não está sob o risco de vida imediato ou sofrimento intenso, podendo ser efetuada em data uma escolhida por ele ou pelo médico, desde que esta data não comprometa a eficácia do tratamento. Procedimento cirúrgico programado, em ambiente hospitalar ou ambulatorial, que não é decorrente de situações de urgência/emergência, ou seja, quando o paciente não está sob risco de vida imediato ou de lesões irreparáveis.

CIRURGIAS NÃO ÉTICAS: Cirurgias não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, por não atender o seu Código de Ética.

COBERTURA: É a garantia de atendimento ou a cobertura de custos das despesas médico-hospitalares, dada aos usuários decorrente de eventos cobertos pelo plano contratado.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: Período de até 24 meses onde há a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, internação em leitos de alta tecnologia (UTI) e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões pré-existentes do cliente que possui plano de saúde.

DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES: No caso de uma hospitalização é a despesa composta pela parte da conta hospitalar, que compreende: diárias, taxa de anestesia, taxa de sala de cirurgia, medicamentos e oxigênio utilizados durante a hospitalização, transfusões de sangue, exames radiológicos, e exames laboratoriais, serviços dietéticos e de enfermagem, mais os honorários médicos de toda a equipe.

DOENÇA: É qualquer perturbação das condições físicas ou mentais do cliente de plano de saúde, causadora de distúrbios de órgãos, sistemas ou função do organismo, caracterizada por processo mórbido, que seja possível de tratamento médico, não se enquadrando na especificação de acidente. É o distúrbio de causa não acidental, dos órgãos, sistemas ou funções do organismo, que alterem o estado físico do paciente.

DOENÇA E/OU LESÃO PREEXISTENTE: É toda doença cujo cliente saiba ser portador ou da qual esteja sofrendo no momento da contratação do plano.

EMERGÊNCIA: Situação médica que implica risco imediato de vida ou lesões irreparáveis ao paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. É toda alteração aguda do estado de saúde, resultando em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, que demande atendimento médico imediato no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, bem como prevenção de riscos morais e patrimoniais importantes nos casos de transtornos psiquiátricos.

EVENTO: É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistências médico-hospitalar que tenham como origem ou causa dano involuntário à saúde do cliente, ou seus dependentes, em decorrência de acidente pessoal ou doença.

HOSPITAL ESPECIALIZADO: Tipo de hospital que atende a uma especialidade. Ex.: Maternidade, especialidade em obstetrícia.

HOSPITAL GERAL: Tipo de hospital que atende a todas as especialidades médicas.

PARTO A TERMO: Parto dentro do prazo normal (37 a 40 semanas).

PARTO CIRÚRGICO: Cesariana.

PLANO AMBULATORIAL: Plano de saúde que garante apenas a realização de procedimentos ambulatoriais, consultas e exames quando o cliente não estiver internado.

PLANO HOSPITALAR: Plano de saúde que garante apenas a realização de cirurgias (dentro do ambiente hospitalar) e internações, sem a cobertura de consultas ou exames, salvo durante a internação. Existe as modalidades com e sem obstetrícia, que garante o pré-natal e o parto ou não, respectivamente.

PLANO REFERÊNCIA: Plano instituído pelo Governo Federal, que garante cobertura ambulatorial e hospitalar com atendimento obstétrico tendo como padrão de internação um leito enfermaria.

REAJUSTE ATUARIAL / TÉCNICO: Reavaliação do valor das contraprestações pecuniárias, decorrente de alteração no nível de sinistralidade dos planos de assistência à saúde para restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro do plano.

REAJUSTE FINANCEIRO: Atualização do valor das contraprestações pecuniárias expressamente autorizado pela ANS.

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA: Correção do valor das contraprestações pecuniárias em função da idade do cliente de plano de saúde.

REEMBOLSO: Valor que deve ser restituído ao cliente quando o mesmo utiliza tratamento médico e/ou hospitalar garantido no contrato fora da rede credenciada, sempre por impossibilidade de atendimento na referida rede, conforme estabelecido no contrato que não prevê livre escolha. OU Valor a ser restituído aos clientes de planos de saúde que prevêm livre escolha quando o mesmo realizar qualquer procedimento fora da Rede Credenciada. Restituição ao usuário titular, de despesas médico-hospitalares efetuadas por ele e/ou por seu(s) eventual(ais) usuários dependentes, desde que decorrentes de eventos cobertos e dentro dos limites financeiros, conforme estabelecido no plano contratado.

URGÊNCIA: Quadros que são resultados de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. É toda alteração aguda do estado de saúde do paciente, que não implica em risco de vida iminente.

VIGÊNCIA: É o período compreendido entre a data de assinatura do contrato e sua data de término.

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: São as regiões do plano contratado, onde os beneficiários se utilizam dos serviços dos planos de saúde.

OPERADORA DE SAÚDE: É a pessoa jurídica legalmente autorizada a operar Planos de Saúde.
PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE: É aquele que é comercializado por uma operadora, oferecendo cobertura para atendimentos ambulatoriais e/ou hospitalares, ou quaisquer outros para assistência à saúde.

PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE: Procedimento de alto custo e que requer serviços de alto grau de especialização, como ressonância magnética, tomografia computadorizada, angiografias, entre outros.

PROCEDIMENTO ESTÉTICO: Procedimento que não visa a recuperação funcional de um órgão ou sistema.

PRONTO ATENDIMENTO: Local onde se presta o atendimento necessário em caso de urgência (toda alteração aguda do estado de saúde do paciente, que não implica em risco de vida iminente), tais como crises de asma, dores de cabeça, ferimentos leves ou mal-estar generalizado.

PRONTO SOCORRO / OS: Local onde se presta o atendimento necessário em caso de emergência e/ou urgência, tais como acidentes, enfartos, hemorragias, fraturas.

PROPONENTE: É aquele que propõe a adesão ao plano, para si e/ou opcionalmente para terceiros, respondendo pela taxa mensal de manutenção.

REDE ASSISTENCIAL: É composta pela rede própria e pela rede credenciada, abrangendo pessoa física ou jurídica.

REDE NÃO CREDENCIADA: São as instituições de saúde, públicas ou privadas, que não pertencem à rede assistencial da operadora.

REDE PRÓPRIA : É todo recurso físico hospitalar de propriedade da operadora ou entidade contratada pelo usuário para a prestação de serviços. Por exemplo, a Medial Saúde possui rede própria constituída pelos Hospitais Alvorada e Centros Médicos Medial.

SINISTRALIDADE : Taxa percentual entre o valor pago pelos usuários à operadora e os valores gastos por ela com a utilização do plano por esses usuários, tais como consultas, internações e exames.

- * aniversário do contrato,
- * de três em três meses,
- * de seis em seis,
- * em julho pela ANS;

SINISTRO : Termo que define o acontecimento do evento previsto e coberto no contrato.

TAXA MENSAL DE MANUTENÇÃO: É o valor pago pelo proponente, mensal e antecipadamente, por usuário, à operadora, para resguardar o direito às coberturas.

USUÁRIO: É todo aquele inscrito no Plano de Assistência à Saúde, que conta com as coberturas garantidas pelo contrato de prestação de serviços.

USUÁRIO DEPENDENTE: É aquele incluído no mesmo plano do usuário titular, que conta com as coberturas garantidas pelo contrato de prestação de serviços.

USUÁRIO TITULAR: É todo aquele que consta como usuário principal, podendo ser o proponente ou não do Plano de Assistência à Saúde, que conta com as coberturas garantidas pelo contrato de prestação de serviços.

Glossário

termos do plano de saúde



Profissionais responsáveis
Equipe **ConsulMed Consultoria**



(11) 2090-6699 | R. Fernades Pinheiro, 287 - São Paulo - SP