



Operadora: CASACARESC
 CNPJ: 83.937.631/0001-69
 Nº de Registro ANS: 32755-7
 Registro Produto CASA PASA: 487.202/20-9
 Registro Produto PASESP: 465.717/11-9
 Site: www.casacaresc.org.br
 Telefone: (48) 3036-2220

Guia de Leitura Contratual		Artigos do Regulamento CASA PASA	Artigos do Regulamento PASESP
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano de saúde destina-se a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual / Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	3º, 7º e 8º	3º, 7º, 8º e 9º
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência; hospitalar com obstetrícia; hospitalar sem obstetrícia; ambulatorial; odontológico e suas combinações.	36 ao 46	24 ao 34
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser semiprivativo (coletiva) ou privativo (individual).	38	26
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da abrangência nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupos de estados, grupos de municípios ou municipal.	3º	3º

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, que está previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	36 ao 46	24 ao 34
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	47	35
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes (DLP) são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	51 ao 63	39 ao 52
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito à cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente descrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	48 ao 50	36 ao 38
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	81 ao 92	70 ao 81
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	14, 15 e 110	13, 14 e 101

RESCISÃO/ SUSPENSÃO	<p>A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.</p>	<p>14 ao 20</p>	<p>13 ao 19</p>
REAJUSTE	<p>O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como a inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.</p>	<p>97 ao 104</p>	<p>87 ao 95</p>
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	<p>A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opções e gozo, previstas na Lei e suas regulamentações.</p>	<p>21 ao 35</p>	<p>20 ao 23</p>

Para se informar sobre este e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, consulte a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800 701 9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde
Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 8420.021-040
Glória - Rio de Janeiro/RJ



Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br