

**MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS INDIVIDUAIS E  
FAMILIARES OUTUBRO/2009**



**Este é um manual simplificado do contrato de prestação de serviços de assistência médica firmado entre a operadora e vossa senhoria, com o objetivo de facilitar o uso do serviço prestado.**

As condições gerais do contrato de prestação de serviços de assistência a saúde individual/familiar estabelecidas pela Med Tour Saúde, foram redigidas em conformidade com a lei 9656/98 e registradas junto a agência nacional de saúde suplementar-ANS.

**ANS nº328537**

CONTRATO INDIVIDUAL/FAMILIAR  
AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA  
Operadora MED TOUR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E EMPREENDIMENTOS LTDA  
CNPJ: 00453.863./0001-14 Registro ANS Nº 328537  
[WWW.MEDTOURSAUDE.COM.BR](http://WWW.MEDTOURSAUDE.COM.BR)



Prezado usuário:

Com o objetivo de ajudá-lo a entender melhor o Plano de Saúde, elaboramos este manual simplificado contendo as condições básicas do contrato.

Após a leitura caso ainda tenha alguma dúvida, sugestão ou crítica entre em contato com a central de relacionamento para que possamos aperfeiçoar nossos serviços.

Central de Relacionamento  
11 2714-6100





## **INDICE**

1. Planos comercializados	05
2. Plano Individual/Familiar, o que é?	05
3. Períodos de Carências	06
4. Vigência Contratual	08
5. Critérios de Pagamentos e Reajustes	08
6. Segmentação Assistencial	09
7. Abrangência Geográfica e Área de Atuação	10

## PLANOS COMERCIALIZADOS

- Plano Gama Duas e Cinco Estrelas, registro ans nº 401508/99-8 e 401510/99-0. Plano com valor pré estabelecidos conforme tabela vigente no ato da contratação, possui uma rede ampla de livre escolha.
- Plano Delta Duas e Cinco Estrelas, registro ans nº 401516/99-9 e 401518/99-5. Plano com valor pré estabelecidos conforme tabela vigente no ato da contratação, com direcionamento de rede.
- Plano Ômega Duas e Cinco Estrelas, registro ans nº 457107/08-3 e 457105/08-0. Plano com coparticipação, onde o beneficiário contribui com um valor adicional estipulado em contrato, quando utiliza-do. Esses valores são acrescidos no boleto do mês subsequente à utilização. Possui rede ampla de livre escolha.

## PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL/FAMILIAR

- Plano de Saúde individual/familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de planos de saúde.
- Sendo contratado o plano familiar, o beneficiário titular poderá incluir como seus dependentes; o cônjuge, filhos solteiros ou tutelados, parentes consanguíneos até o terceiro grau, companheiro (a) desde que comprove união estável, e parentes por afinidade até o segundo grau.

## PERIODOS DE CARÊNCIAS PARA PLANOS INDIVIDUAIS/FAMILIARES

---

Urgência e Emergência.

---

**24 horas**

---

Consultas, exames laboratoriais de rotina, exames de radiologia simples

---

**30 dias**

---

Exames de radiologia contrastados, ultrasonografias, mamografia, urografia, biopsias e procedimentos ambulatoriais

---

**120 dias**

---

Internações clínicas ou cirúrgicas, angiografia, broncoscopia, campimetria, cineangiocoronariografia, cintilografia, cistoscopia, colangeopancreatografia, colonoscopia, dacriocistografia, densitometria ossea, dopplerfluxometria, todos os tipos de ecocradiograma, todos os tipos de endoscopias, eletroneuromiografias, estudo urodinamico, exames hormonais e de imunologias, histerosalpingografia, holter, laringoscopia, litotripsia, mapa pressão e cerebral, nasofaringoscopia, otoneurologico, provas de função pulmonar e aspirativas, ressonancias, retossigmoidoscopia, testes ergometrico e alérgicos, uretoscopia e urodinamica.

---

**180 dias**

---

Partos e Consequências Relacionadas a Gravidez

---

**300 dias**



---

Doenças de Saúde Mental

---

**180 dias**

---

Doenças e Lesões Pre-Existentes

---

**720 dias**

Sendo constatado no ato da contratação que o consumidor tem conhecimento de Doença ou Lesão preexistente (DLP), conforme Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora deverá oferecer Cobertura Parcial Temporária (CTP), que é a suspensão por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionadas a DLP declarada.

Como alternativa é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade para que o mesmo tenha acesso integral à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências contratuais.

## VIGÊNCIA CONTRATUAL

- Entende-se por vigência contratual o intervalo de tempo decorrido entre a assinatura do contrato do plano individual/familiar e o cadastramento do mesmo na operadora de assistência médica.
- Os contratos individuais/familiares entram em vigor 24 (vinte e quatro) horas, para urgência e emergência, contados a partir da data de assinatura do contratante.
- Os períodos de carências nos planos individuais/familiares serão contadas a partir da vigência do contrato.

## CRITÉRIO DE PAGAMENTO E REAJUSTE

Os valores dos planos são de acordo com a tabela vigente no período da contratação do mesmo. O pagamento das mensalidades deverá ser feito através da rede bancária. Os reajustes ocorrerão após transcorridos doze meses de contrato assinado, na data de aniversário do contrato conforme índice autorizado pela ANS.

Para os reajustes de mudança de faixa etária, os valores serão reajustados no mês de alteração da faixa etária obedecidas as normas e limites estabelecidos pela lei 9656/98. Conforme tabela abaixo:

TABELA DE FAIXA ETÁRIA PLANO GAMA/DELTA

Mudança de Faixa Etária	Reajuste para os Planos
- para 19 anos	22,58%
- para 24 anos	13,80%
- para 29 anos	12,12%
- para 34 anos	9,06%
- para 39 anos	8,29%
- para 44 anos	45,20%
- para 49 anos	31,13%
- para 54 anos	35,28%
- para 59 anos	26,08%

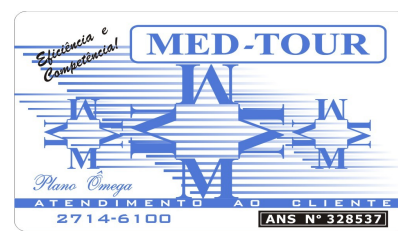
### TABELA DE FAIXA ETÁRIA PLANO ÔMEGA

Mudança de Faixa Etária	Reajuste para os Planos
- para 19 anos	22,56%
- para 24 anos	13,80%
- para 29 anos	12,11%
- para 34 anos	9,06%
- para 39 anos	8,30%
- para 44 anos	45,21%
- para 49 anos	31,12%
- para 54 anos	35,29%
- para 59 anos	26,07%

### SEGMENTAÇÃO ASSISTÊNCIAL

Nestes planos o consumidor terá direito a segmentação assistencial Ambulatorial mais Hospitalar com Obstetrícia, com a opção de acomodação em enfermaria ou apartamento, conforme contratação.

Os planos individuais/familiares, são oferecidos para comercialização em três versões: *GAMA DUAS E CINCO ESTRELAS*, *DELTA DUAS E CINCO ESTRELAS* e *ÔMEGA DUAS E CINCO ESTRELAS*.



- **Plano Gama** é um plano com um valor pré estabelecido pago mensalmente pelo contratante, os valores variam de acordo com o tipo de contratação: individual ou familiar.
- Podendo ser comercializado com acomodação em enfermaria indicado na carteirinha como Duas Estrelas, e apartamento indicado como Cinco Estrelas.



- **Plano Delta** é um plano com um valor pré estabelecido pago mensalmente pelo contratante. Se contratado plano familiar terá um desconto de 10% para pagamento em dia.
- Podendo ser comercializado com acomodação em enfermaria indicado na carteirinha como Duas Estrelas, e apartamento indicado como Cinco Estrelas.
- **Plano Ômega** é um plano co-participativo, onde há um valor mensal a ser pago pelo contratante, e se utilizado, terá um acréscimo na mensalidade referente as utilizações realizados dentro do mês.
- Podendo ser comercializado com acomodação em enfermaria indicado na carteirinha como Duas Estrelas, e apartamento indicado como Cinco Estrelas.

## ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA + ÁREA DE ATUAÇÃO

A abrangência geográfica compreende os locais onde a operadora do plano de saúde, se compromete a dar atendimento integral aos usuários, chamados de Regional B, que é composta por grupos de municípios, como: Guarulhos, São Paulo, Arujá, ABC, Caieiras, Baixada Santista.

Nossa área de atuação restringe-se a São Paulo e Municípios.

Este Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, é uma exigência da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Disque-ANS: 0800 701 9656  
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040 www.ans.gov.br  
Rio de Janeiro - RJ ouvidoria@ans.gov.br